



Narodowy Fundusz Zdrowia
Podkarpacki Oddział Wojewódzki
Wydział Organizacyjny

Data: 18-04-2024

Znak sprawy: NFZ09-WO-O.4117.8.2024

Pani Renata Telichowska
Wspólnik
Opieka Pielęgniarska Renata Telichowska, Helena Czuba
Spółka Cywilna
Krasne 702/9
36-007 Krasne
(Odwołujący)

Pani Helena Czuba
Wspólnik
Opieka Pielęgniarska Renata Telichowska, Helena Czuba
Spółka Cywilna
Siennów 337
37-205 Zarzecze
(Odwołujący)

„DORMED” spółka jawna
Dorota i Paweł Brzozowscy
ul. Kopystyńskiego 15
37-500 Jarosław

Adresat: NZOZ NOVI-MED
Bartosz Nowicki
ul. Józefa Piłsudskiego 4
37-100 Łańcut

Pan Jan Pado
Wspólnik
NZOZ „Lekarz Rodzinny” s.c. Pado Jan, Pado Teresa,
Najsarek Maria
Dębów 159
37-200 Przeworsk

Pani Teresa Pado
Wspólnik
NZOZ „Lekarz Rodzinny” s.c. Pado Jan, Pado Teresa,
Najsarek Maria
ul. Gen. Antoniego Chruściela 42
37-200 Przeworsk

Pani Maria Najsarek
Wspólnik
NZOZ „Lekarz Rodzinny” s.c. Pado Jan, Pado Teresa,
Najsarek Maria
Dębów 159
37-200 Przeworsk

Decyzja nr 9/09/2024/OD

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 146, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”) oraz art. 104 i art. 107 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2023 r., poz. 775 ze zm., zwanej dalej „kpa”) po rozpatrzeniu odwołania Świadczeniodawcy – **Opieka Pielęgniarska Renata Telichowska, Helena Czuba spółka cywilna, 37-500 Pawłosiów 321**, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 1 kwietnia 2024 r. do 31 marca 2034 r. prowadzonego w trybie konkursu ofert Nr 09-24-000095/SPO/14/1/14.2142.026.04/01

w rodzaju: **14- ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE**

w zakresie: **ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ**

na obszarze: **1814-przeworski**

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oddala odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

W dniu 22.11.2023 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (zwany dalej „Prezes NFZ”) na tablicy ogłoszeń w siedzibie Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie (zwanego dalej „POW NFZ”) oraz na stronie internetowej, zamieścił ogłoszenie w celu przeprowadzenia postępowania, zgodnie z art. 139 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach, w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE, w zakresie: ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ, na obszarze: 1814 – przeworski.

W ogłoszeniu określono obowiązujące regulacje dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty, jak również przepisy dotyczące kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazano, że maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta, po przeprowadzeniu przedmiotowego postępowania wynosi 3. Oferenci przystępujący do konkursu, oprócz wymagań wynikających z przepisów powszechnie obowiązującego prawa winni byli spełniać wymagania określone przez Prezesa NFZ określone przede wszystkim w:

1. Zarządzeniu nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.),

2. Zarządzeniu nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej ze zm.

Powyższe zarządzenia dostępne są dla oferentów i osób zainteresowanych na stronie internetowej www.nfz.gov.pl w zakładce „Zarządzenia Prezesa NFZ”.

Ogółem na postępowanie wpłynęło 6 ofert:

1. Oferta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny" s.c. Pado Jan, Pado Teresa, Najsarek Maria, Dębów 159, 37-200 Przeworsk,
2. Oferta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOVI-MED Bartosz Nowicki, ul. Józefa Piłsudskiego 4, 37-100 Łańcut,
3. Oferta "DORMED" spółka jawna Dorota i Paweł Brzozowscy, ul. Kopystyńskiego 15, 37-500 Jarosław,
4. Oferta OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA Renata Telichowska, Helena Czuba spółka cywilna, 37-500 Pawłosiów 321 (zwany dalej jako „Odwołujący”),
5. Oferta Janusz Rokosz, ul. Małopolska 3/184, 35-620 Rzeszów,
6. Oferta R MED Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Stołeczna 7/5/2, 15-879 Białystok.

Wszystkie oferty złożono w terminie.

Otwarcie ofert nastąpiło w dniu 12 grudnia 2023 r. zgodnie z harmonogramem otwarcia ofert.

W trakcie oceny formalnej Komisja Konkursowa stwierdziła wystąpienie w ofertach braków formalnych, a następnie wezwała w tym samym dniu do ich usunięcia 2 oferentów tj.: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny" s.c. Pado Jan, Pado Teresa, Najsarek Maria, Dębów 159, 37-200 Przeworsk oraz Odwołującego. Ww. oferenci uzupełnili braki formalne w wyznaczonym terminie. Następnie Komisja wezwała wszystkich oferentów, w tym Odwołującego do złożenia dodatkowych wyjaśnień do informacji zawartych w ofercie/wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu. Odwołujący zwrócił się z prośbą o przedłużenie terminu złożenia wyjaśnień wskazując dogodny dla siebie termin, z uwagi na to, że wiadomość email nie była widoczna, gdyż znajdowała się w SPAMIE. Komisja przychyliła się do prośby Odwołującego, o czym poinformowała w wiadomości elektronicznej.

Oferenci, w tym Odwołujący udzielili odpowiedzi na wezwanie Komisji Konkursowej i przesłali wszystkie dokumenty w wyznaczonych terminach, za wyjątkiem R MED Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Stołeczna 7/5/2, 15-879 Białystok.

Komisja wprowadziła zmiany w odpowiedziach ankietowych u 2 oferentów (Janusz Rokosz, ul. Małopolska 3/184, 35-620 Rzeszów oraz R MED Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Stołeczna 7/5/2, 15-879 Białystok), w związku ze złożonymi wyjaśnieniami i na podstawie przesłanych na wezwanie

dokumentów. Na dowód wprowadzonej zmiany, która zaskutkowała zmniejszeniem punktacji, Komisja sporządziła dokument „Potwierdzenie wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych”, gdzie widnieje punktacja przed zmianą i po zmianie.

W dalszej części prowadzonego postępowania Komisja Konkursowa przeprowadziła weryfikację miejsc udzielania świadczeń u 3 oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń będących przedmiotem postępowania, tj.: Janusz Rokosz, ul. Małopolska 3/184, 35-620 Rzeszów; R MED Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Stołeczna 7/5/2, 15-879 Białystok oraz Odwołującego. Zgodnie bowiem z § 17 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, komisja konkursowa przeprowadza weryfikację, u oferenta, który dotychczas nie miał zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

Przeprowadzając kontrolę u oferenta komisja dokonuje w szczególności sprawdzenia:

- ✓ wyposażenia w sprzęt niezbędny do przeprowadzenia procesu diagnostycznego – terapeutycznego w danym zakresie,
- ✓ pomieszczeń niezbędnych do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z oceną warunków sanitarno – higienicznych,
- ✓ spełnienia wymogów w zakresie zapewnienia dostępu miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych,

w celu porównania informacji zawartych w ofercie ze stanem faktycznym.

Wyniki wizytacji potwierdziły u w/w oferentów, w tym Odwołującego, zgodność stanu faktycznego w miejscu udzielania świadczeń ze stanem wskazanym przez oferentów w ofertach.

Jedna oferta R MED Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Stołeczna 7/5/2, 15-879 Białystok nie spełniła warunków wymaganych dotyczących personelu określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy - brak zabezpieczenia udzielania świadczeń przez personel wskazany w ofercie na terenie Podkarpacia. W związku z tym Komisja Konkursowa odrzuciła ofertę w dniu 19 lutego 2024 roku. Oferent nie przekazał na wezwanie Komisji, porozumień o zmianie warunków pracy pielęgniarek z Pracodawcą wraz z podaniem nowego harmonogramu czasu pracy.

Po rozpoznaniu ofert w części jawnej Komisja Konkursowa uznała, że oferty:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny" s.c. Pado Jan, Pado Teresa, Najsarek Maria, Dębów 159, 37-200 Przeworsk,

2. Janusz Rokosz, ul. Małopolska 3/184, 35-620 Rzeszów,
3. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOVI-MED Bartosz Nowicki, ul. Józefa Piłsudskiego 4, 37-100 Łańcut,
4. Oferta "DORMED" spółka jawna Dorota i Paweł Brzozowscy, ul. Kopystyńskiego 15, 37-500 Jarosław,
5. OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA Renata Telichowska, Helena Czuba spółka cywilna, 37-500 Pawłosiów 321.

spełniają warunki formalne określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach oraz w w/w zarządzeniu Prezesa NFZ 55/2022/DSOZ i nie podlegają odrzuceniu. Oferty zakwalifikowano do części niejawnej postępowania.

Zakwalifikowanie oferty do części niejawnej postępowania oznaczało jedynie, że oferta nie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy. Fakt spełniania wymaganych warunków określonych przepisami prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, a jedynie pozwala na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny oferty.

Następnie Komisja Konkursowa, na podstawie danych i propozycji ceny zakupu świadczeń oferentów zawartych w formularzach ofertowych, sporządziła ranking. Dokonała oceny złożonych ofert według jednolitych kryteriów, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert. Na podstawie powyższego rozporządzenia oferty zostały ocenione wg następujących kryteriów:

1. jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
2. dostępności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
3. ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
4. ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
5. kryterium: inne.

Ostateczna ocena oferty była generowana przez system informatyczny usprawniający prace Komisji Konkursowej, co dodatkowo gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Ranking powstaje w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny uwzględniającej wszystkie kryteria różnicujące oferty. Nie jest zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez Komisję jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów.

Takim samym zasadom postępowania oraz jednolitym kryteriom oceny podlegały wszystkie oferty złożone i zakwalifikowane do części niejawnej postępowania konkursowego. Wartość punktowa pozycji

oferty w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej odpowiedzi i ustalonej punktacji tej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium.

Poniższa tabela przedstawia porównanie uzyskanej przez oferentów punktacji w poszczególnych kategoriach rankingujących.

POZYCJA W RANKINGU	KOD OFERENTA	NAZWA OFERENTA	KOD NFZ	PKT ZA CENĘ	PKT ZA CIĄGŁOŚĆ	PKT ZA JAKOŚĆ	PKT ZA DOSTĘPNOŚĆ	PKT ZA INNE	RAZEM ZA KRYTERIA NIECENOWE	ŁĄCZNA PUNKTACJA OFERTY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT
1	09R/030295	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny" s.c. Pado Jan, Pado Teresa, Najsarek Maria 09R/030295	44166	2.500	29.000	56.000	9.000	2.000	96.000	98.500	Tak
2	09R/030962	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOVI-MED Bartosz Nowicki 09R/030962	114750	2.500	16.000	59.000	6.000	2.000	83.000	85.500	Tak
3	09R/030834	"DORMED" spółka jawna Dorota i Paweł Brzozowscy 09R/030834	57984	2.500	29.000	47.000	3.000	0.000	79.000	81.500	Tak
4	09R/031528	OPIEKA PIELĘGNIARSKA Renata Telichowska, Helena Czuba spółka cywilna 09R/031528	204051	2.500	0.000	56.000	0.000	0.000	56.000	58.500	Nie
5	09R/031524	Janusz Rokosz 09R/031524	203908	2.500	0.000	47.000	0.000	0.000	47.000	49.500	Nie

Komisja, mając na uwadze dokonanie skutecznego wyboru ofert do zawarcia umowy, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych zakwalifikowała 3 oferty do procesu negocjacji:

- 1) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny" s.c. Pado Jan, Pado Teresa, Najsarek Maria, Dębów 159, 37-200 Przeworsk,
- 2) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOVI-MED Bartosz Nowicki, ul. Józefa Piłsudskiego 4, 37-100 Łańcut,
- 3) Oferta "DORMED" spółka jawna Dorota i Paweł Brzozowscy, ul. Kopystyńskiego 15, 37-500 Jarosław.

Dnia 29 lutego 2024 roku zostały przeprowadzone negocjacje z oferentami zajmującymi 1, 2 i 3 miejsce w rankingu w sprawie ustalenia liczby oraz ceny świadczeń opieki zdrowotnej. W toku przeprowadzonych negocjacji podpisano protokoły zbieżności z oferentami zaproszonymi do negocjacji.

Podstawą do podjętych działań przez Komisję były kompetencje wynikające z § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy.

Oferta Odwołującego oraz oferenta zajmującego ostatnie miejsce w rankingu nie zostały zakwalifikowane do negocjacji, ponieważ wynik ewentualnych negocjacji, w trakcie których oferent zdecydowałby się na obniżenie ceny, co skutkowałoby zwiększeniem punktacji za ofertę cenową, nie zniwelowałaby w pełni różnicy w łącznej liczbie punktów oceny ofert kontroferentów z rankingu otwarcia. Zakładając bowiem wzrost punktacji do 5 pkt w kryterium ceny, oferta Odwołującego zajmowałaby nadal przedostatnią pozycję w rankingu końcowym, będąc niżej oceniona niż oferty kontroferentów. Istniejąca różnica wynikała bowiem z uzyskania przez kontroferentów przede wszystkim wyższej oceny w kryteriach niecenowych, które nie są przedmiotem negocjacji.

Dnia 28 lutego 2024 roku wpłynął protest złożony przez Oferenta R MED Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Stołeczna 7/5/2, 15-879 Białystok, w związku z odrzuceniem oferty w dniu 19 lutego 2024 roku. Komisja postanowiła oddalić protest i zamieściła ogłoszenie o rozstrzygnięciu protestu na stronie internetowej w dniu 6 marca 2024 roku.

Po zakończeniu negocjacji z oferentami, komisja sporządziła ranking końcowy postępowania na podstawie, którego dokonała w dniu 7 marca 2024 r. rozstrzygnięcia. Termin rozstrzygnięcia był przesunięty w stosunku do terminu wskazanego w ogłoszeniu ze względu na możliwość wniesienia przez oferentów protestów. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu ukazało się na stronie internetowej POW NFZ oraz zostało wywieszone na tablicy ogłoszeń w jego siedzibie.

Komisja Konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach dokonała wyboru ofert celem zawarcia umów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania środków finansowych, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania.

Do zawarcia umowy zostali wybrani:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny" s.c. Pado Jan, Pado Teresa, Najsarek Maria, Dębów 159, 37-200 Przeworsk - złożona przez nich oferta uzyskała 98,500 punktów,
2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOVI-MED Bartosz Nowicki, ul. Józefa Piłsudskiego 4, 37-100 Łańcut - złożona przez nich oferta uzyskała 85,500 punktów,
3. Oferta "DORMED" spółka jawna Dorota i Paweł Brzozowscy, ul. Kopystyńskiego 15, 37-500 Jarosław. - złożona przez nich oferta uzyskała 81,500 punktów.

Oferta Odwołującego nie została wybrana do zawarcia umowy. Odwołujący uzyskał 58,500 pkt, w tym: za kryteria „niecenowe”: 56,000 pkt (za jakość: 56,000 pkt, za dostępność: 0,000 pkt, za ciągłość: 0,00 pkt, za inne: 0,00) i za cenę 2,500 pkt. Oferta Odwołującego uzyskała 4 pozycję w rankingu.

Szczegółowe porównanie ofert dokonane przez Komisję Konkursową w przedmiotowym postępowaniu przedstawia załącznik do niniejszej decyzji.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawcom których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy o świadczeniach. Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa NFZ, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W dniu 14 marca 2024 r. Odwołujący złożył do Prezesa NFZ odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania. Odwołanie zostało złożone w terminie.

Odwołujący w treści odwołania wskazał na naruszenie:

1. art. 134 ustawy o świadczeniach to jest zasady równego traktowania oferentów poprzez brak wyboru Odwołującego,
2. art. 134 ust. 1 i ust. 2 ustawy o świadczeniach poprzez błędne zastosowanie polegające na wyborze ofert, których ocena była niepełna i nieprawidłowa w świetle zasad Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy,
3. art. 148 ustawy o świadczeniach przez wadliwą ocenę ofert.

W oparciu o wskazane zarzuty Odwołujący wniósł o zmianę rozstrzygnięcia konkursu poprzez przyznanie świadczeń Odwołującemu. Odwołujący wskazał, że poprzez odmowę wyboru Jego oferty doszło do uszczerbku w interesie prawnym, który występuje gdy podmiot prowadzący postępowanie dopuścił się naruszenia zasad przez co spowodował, że świadczeniodawca został pozbawiony możliwości zawarcia umowy lub mogło dojść do zaniżenia przyznanych punktów, powodującego niższą pozycję w rankingu.

Odwołujący zarzucił naruszenie art. 134 ust. 1 i ust. 2 ustawy o świadczeniach poprzez jego błędne zastosowanie polegające na wyborze ofert, których ocena była niepełna i nieprawidłowa, nie wskazał jednak na czym ta nieprawidłowa ocena polegała, a także których konkretnie ofert dotyczyła.

W myśl art. 154 ust. 6a ustawy, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pismami z dnia 9 czerwca 2023 r. Prezes NFZ poinformował strony, zgodnie z art. 10 § 1 kpa o wszczęciu postępowania administracyjnego i prawie do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz złożonych żądań i możliwości zapoznania się z dokumentami postępowania w siedzibie Oddziału Funduszu. Strony postępowania odebrały powyższe pismo, zostały więc prawidłowo zawiadomione o toczącym się postępowaniu administracyjnym.

Strony postępowania, w tym Odwołujący nie skorzystały z przysługującego prawa zapoznania się z dokumentami postępowania i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów.

Rozpatrując przedmiotowe odwołanie należy zauważyć, co następuje:

Odwołanie, stosownie do art. 152 ust. 1 oraz art. 154 ust. 1 ustawy (który powołuje Odwołujący), przysługuje świadczeniodawcy, biorącemu udział w postępowaniu, jeżeli jego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez fundusz zasad postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku w interesie prawnym odwołującego się, wyznaczającego zakres kontroli administracyjnej rozstrzygnięcia konkursowego, może dojść wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń. Takie ujęcie uszczerbku, determinuje sposób prowadzenia postępowania w przypadku wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ust. 1 ustawy. Powyższe zaakcentował Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 25 listopada 2016 r., II GSK 1317/15, zgodnie z którym „Rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w zw. z art. 152 ustawy (...) jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym oferenta, zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert. W praktyce ocena ta sprowadza się do ustalenia czy w postępowaniu wystąpiły takie błędy Komisji, które spowodowały że ocena oferty odwołującego się została zaniżona albo oceny ofert pozostałych oferentów zostały zawyżone.”

W toku postępowania administracyjnego, organ zobowiązany jest dokonać oceny postępowania zmierzającego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, zasady uczciwej konkurencji oraz zasady równego traktowania oferentów. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany na czynnościach Komisji Konkursowej podejmowanych w stosunku do Odwołującego. Z tego względu postępowanie wyjaśniające obejmuje przede wszystkim zgromadzenie materiałów dokumentujących czynności Komisji, analizę tych dokumentów oraz przedstawienie dokonanych ustaleń.

Rozpatrując przedmiotowe odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego Prezes NFZ poddał szczegółowej analizie zgromadzony materiał dowodowy sprawy, co w konsekwencji umożliwiło dokonanie pełnej kontroli prawidłowości przeprowadzenia zaskarżonego postępowania konkursowego, o co wnosił Odwołujący.

Decyzję wydano w oparciu o materiał dowodowy zalegający w aktach sprawy, to jest:

1. wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu konkursowym,
2. dokumenty wytworzone przez Komisję Konkursową w przedmiotowym postępowaniu konkursowym.

Po przeanalizowaniu całości materiału dowodowego Prezes NFZ stwierdza, że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Należy wskazać, że zgodnie z art. 142 § 5 ustawy o świadczeniach w części niejawnej konkursu ofert komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 lub nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Z powołanego przepisu prawa wynika, że Komisja Konkursowa nie ma obowiązku wybrać wszystkich złożonych w postępowaniu ofert, które nie uległy odrzuceniu. Należy zaznaczyć, że w ogłoszeniu o postępowaniu zawarto informację w zakresie ilości umów, która może być zawarta w wyniku przeprowadzenia postępowania. Wskazano, że maksymalnie zostanie zawarte trzy umowy. Nie oznacza to jednak, że Fundusz ma obowiązek zawrzeć maksymalną wskazaną w ogłoszeniu liczbę umów.

Oferty wybrane do zawarcia umowy, w wygenerowanym w trakcie części niejawnej postępowania rankingu, uzyskały od 40 do 23 punktów więcej w ocenie według kryteriów oceny ofert i zasad ich punktowania, od oferty Odwołującego. Zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od oferentów, były jawne, znane uczestnikom postępowania przed złożeniem ofert i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Odwołujący, w oświadczeniu z dnia 5 grudnia 2023 roku załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do stosowania. Ocena ofert została dokonana w oparciu o określone przepisami kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były przejrzyste i jednakowe dla wszystkich oferentów, w tym Odwołującego. Komisja Konkursowa podejmowała działania na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów, w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom

dostęp do świadczeń. Komisja miała prawo nie wybrać pozostałych ofert, które były mniej korzystne. Uczestnictwo w postępowaniu konkursowym, które jest procedurą o charakterze konkurencyjno-eliminacyjnym, nie daje gwarancji wyboru oferty i w następstwie zawarcia umowy. Ranking końcowy będący wynikiem oceny ofert umożliwia dokonanie wyboru ofert najlepszych spośród złożonych i ocenionych według jednolitych kryteriów oceny. Działania Komisji nie mają prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Wskazana w ogłoszeniu ilość trzech umów, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania konkursowym oznacza maksymalną, dopuszczalną dla Komisji Konkursowej liczbę wyboru oferentów. Zadaniem Prezesa NFZ jest zapewnienie świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń na jak najwyższym poziomie, nie oznacza to jednak zawsze wyboru większej ilości oferentów.

Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert według kryteriów określonych w rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert, o którym mowa w art. 148 ustawy. Zgodnie z jego treścią, ocena ofert została dokonana według następujących kryteriów: jakość, dostępność, ciągłość, inne i cena. Kompleksowość, którą wskazał Odwołujący zarzucając wadliwą ocenę ofert, nie stanowiła kryterium oceny w przedmiotowym zakresie świadczeń. Kryteria oraz zasady oceny mają charakter obiektywny, są znane wszystkim oferentom w chwili wszczęcia postępowania konkursowego i nie ulegają zmianie, aż do zakończenia postępowania. Ocenie podlegały poszczególne odpowiedzi w ankiecie ofertowej wskazujące czy oferent spełnia w dniu składania oferty określone wymagania. Analiza treści ww. rozporządzenia wskazuje, że oferty złożone do przedmiotowego postępowania mogły uzyskać:

- w kryterium jakość: punktację w przedziale od 59 do -14 (wyjaśniając - „- 14” oznacza odjęcie 14 punktów w ofercie),
- w kryterium dostępność - maksymalnie 9 punktów,
- w kryterium ciągłość - maksymalnie 29 punktów,
- w kryterium cena - maksymalnie 5 punktów,
- w kryterium inne – maksymalnie 2 punkty.

Powyższe oznacza, że każda z ofert mogła uzyskać maksymalnie 104 punkty, w tym 5 punktów za cenę oraz łącznie 99 punktów za kryteria niecenowe.

Oferta Odwołującego uzyskała 58,500 punktów i uplasowała się na 4 miejscu w rankingu końcowym. Ze względu na wyczerpanie środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń w niniejszym zakresie oferta Odwołującego nie zakwalifikowała się do zawarcia umowy w przedmiotowym postępowaniu. Należy zwrócić uwagę, iż w poszczególnych kryteriach ocena oferty Odwołującego przedstawiała się następująco:

- 1. kryterium jakość – 56 pkt na 59 pkt** możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów wpłynęły kwalifikacje i doświadczenie personelu lub ich brak:

- a) Odwołujący wykazał w ofercie, że zapewnia Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1)opieki długoterminowej lub 2)pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3)pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4)pielęgniarstwa internistycznego, lub 5)pielęgniarstwa rodzinnego, lub 6)pielęgniarstwa środowiskowego, lub 7)pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub 8)pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 9)pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 10)pielęgniarstwa opieki paliatywnej - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. (Odwołujący uzyskał maksymalną liczbę 18 pkt),
- b) Odwołujący wykazał w ofercie, że zapewnia Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. (Odwołujący uzyskał maksymalną liczbę 9 pkt),
- c) Odwołujący wykazał, że zapewnia Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. (Odwołujący uzyskał maksymalną liczbę 9 pkt),
- d) Odwołujący wykazał, że zapewnia Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu: co najmniej 50% pielęgniarek. (Odwołujący uzyskał maksymalną liczbę 20 pkt),
- e) W zakresie pytań dotyczących ewentualnych nieprawidłowości ustalonych na podstawie kontroli oraz innych nieprawidłowości Odwołujący uzyskał 0 punktów, ze względu na to, że nie posiadał wcześniej kontraktu z NFZ,
- f) Oferent wykazał, że nie posiada Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością. (Odwołujący uzyskał liczbę 0 pkt na 3 pkt możliwe).

2. kryterium dostępność – 0 pkt na 9 pkt możliwych do uzyskania, co wiąże się z udzieleniem odpowiedzi negatywnych na pytania ankietowe:

- a) Udzielanie świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie. (maksymalna liczba pkt do uzyskania 3 – Odwołujący uzyskał 0 pkt).
- b) Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy

poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10%.
(maksymalna liczba pkt do uzyskania 3 – Odwołujący uzyskał 0 pkt).

- c) Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20%.
(maksymalna liczba pkt do uzyskania 3 – Odwołujący uzyskał 0 pkt).

3. kryterium ciągłość – 0 pkt na 29 pkt możliwych do uzyskania, co wiąże się z udzieleniem odpowiedzi negatywnych na pytania ankietowe:

- d) Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.
(maksymalna liczba pkt do uzyskania 7 – Odwołujący uzyskał 0 pkt).
- e) W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie. (maksymalna liczba pkt do uzyskania 9 – Odwołujący uzyskał 0 pkt).
- f) W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie. (maksymalna liczba pkt do uzyskania 13 – Odwołujący uzyskał 0 pkt).

4. kryterium inne – 0 pkt na 2 możliwe do uzyskania. Na taką ilość punktów miał wpływ brak spełnienia poniższego warunku:

- a) Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r. (maksymalna liczba pkt do uzyskania 2 – Odwołujący uzyskał 0 pkt).

5. kryterium cena – Odwołujący uzyskał 2,5 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania.

Zaznaczyć należy, że konstrukcja formularza ofertowego, składanego przez Oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym pozwala na wybranie jednej odpowiedzi na zadane pytanie. Zamknięty katalog odpowiedzi oraz przyznana za nie punktacja – zgodna z rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert -umożliwia bezstronną ocenę oferty i co ważne ma charakter techniczny. Wynika z tego, że odpowiedzi na pytania ankietowe kierowane do wszystkich Oferentów biorących udział w niniejszym postępowaniu konkursowym poddane zostały przejrzystej analizie punktowej zgodnej z instrukcją zawartą w ww. podstawie prawnej. Jednocześnie należy podkreślić, że Komisja Konkursowa

nie posiada uprawnień do subiektywnej oceny informacji zawartych w ofertach biorących udział w postępowaniu konkursowym, a jedynie ściśle przestrzega wytycznych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów wyboru ofert i innych podstawach prawnych obowiązujących w tym zakresie. W związku z tym w toku postępowania konkursowego Komisja Konkursowa nie może brać pod uwagę czynników innych niż określone w powołanych przepisach.

Szczegółowe zestawienie oceny punktowej 5 ofert ocenionych w części niejawnej postępowania wraz z możliwymi do udzielenia odpowiedziami przedstawione jest w załączniku do niniejszej decyzji.

Ostatecznie Komisja Konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach dokonała wyboru ofert celem zawarcia umów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania środków finansowych, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania. Do realizacji świadczeń zostali wybrani oferenci, którzy uzyskali za ocenę oferty ilość punktów w wysokości od 98,500 do 81,500. Wybranie 3 ofert wyczerpało całość środków finansowych przeznaczonych na zawarcie umowy. Liczba zdobytych punktów przez Odwołującego świadczy o jego mniejszej konkurencyjności w stosunku do innych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane w konkursie i które dają najwyższą gwarancję realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w należyty sposób.

Analiza dokumentacji konkursowej wskazuje jednoznacznie, że różnica punktacji osiągniętej przez oferentów wybranych do zawarcia umowy, na podstawie odpowiedzi ankietowanych oraz proponowanej oferty cenowej wynosiła od 40 do 23 punktów. Maksymalna ilość punktów za ofertę cenową w postępowaniu wynosiła 5 punktów. Ponieważ w toku prowadzonych z oferentami negocjacji zmianie może ulec jedynie punktacja za ofertę cenową, Odwołujący się mógłby uzyskać najwyżej o 2,5 punktu więcej w końcowej ocenie oferty. Doprowadzenie przez Odwołującego się do wskazania ceny, na poziomie konkurencyjnym do wygranych ofert, w żaden sposób nie wpłynęłoby na pozycję Odwołującego w rankingu – zatem Odwołujący nie był zaproszony do negocjacji. Przewaga oceny ofert wygranych w kategoriach niecenowych w stosunku do oferty Odwołującego się wynosiła od 40 do 23 punktów, co stanowi barierę, która nie pozwoliłaby na wybranie przez Komisję Konkursową oferty Odwołującego się. Gdyby w przeprowadzonych negocjacjach Odwołujący obniżyłby cenę, to skutkiem tego byłoby przyznanie mu nie 2,5 a 5 punktów w kategorii cena. Ostatecznie więc oferta Odwołującego uzyskałaby nie 58,500 ale 61,000 pkt. Taka ilość punktów nie zmieniłaby jego pozycji w rankingu, gdyż najniżej oceniony oferent wybrany uzyskał 81,500 pkt.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy uznać, za bezzasadny zarzut naruszenia art. 134 ustawy o świadczeniach, nakładający na Fundusz obowiązek zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Organ nie

znalazł podstaw do stwierdzenia, że interes prawny Odwołującego się został naruszony. Jego oferta została oceniona zgodnie z wymaganiami wynikającymi z Zarządzenia nr 18/2017/DSOZ oraz Zarządzeniu nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o informacje udzielone przez samego Odwołującego w ofercie.

Prezes NFZ rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla Komisji Konkursowej. Prezes NFZ bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego. Odwołujący nie wykazał skutecznie, aby Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadzając postępowanie konkursowe naruszył jego zasady wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub dokumentów wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano uchybienia podstawowym zasadom takim jak: równe traktowanie oferentów, niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania, przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur oraz zachowanie uczciwej konkurencji. Wszelkie wymagania i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem zostały udostępnione potencjalnym oferentom na takich samych zasadach. Przystępując do postępowania Odwołujący miał możliwość zapoznania się z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz kryteriami oceny ofert, które zostały podane w ogłoszeniu przedmiotowego postępowania. Potwierdzeniem powyższego jest oświadczenie, w którym Odwołujący oświadczył, że zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania. Należy podkreślić, że na etapie prowadzonego postępowania konkursowego Odwołujący nie zgłaszał żadnych zastrzeżeń odnośnie jego przebiegu i stosowanych kryteriów oceny ofert, również w formie umotywowanego protestu. Komisja Konkursowa w trakcie przedmiotowego postępowania, podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności każdej oferty, w tym Odwołującego ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych.

Komisja Konkursowa działając na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, w oparciu o jednolite dla wszystkich kryteria dokonała w trakcie przedmiotowego postępowania oceny złożonych ofert, oferenci udzielali odpowiedzi na te same pytania ankietowe. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich

oferentów. Ostatecznie ocena oferty była generowana przez system informatyczny wspomagający pracę komisji konkursowej, co gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym, do zawarcia umowy komisja konkursowa wybiera oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 16 stycznia 2012 roku w sprawie sygn. akt VI SA/Wa 2094/11 wskazał, że: „fakt, czy oferta danego oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania, zależy wyłącznie od jej treści. Konkurs zawsze niesie za sobą element ryzyka i niewiadomej jego rozstrzygnięcia. Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert usługodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo-ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych, a oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy.”

Oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo że spełniała wszystkie wymagania formalnoprawne oraz wymogi merytoryczne. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono bowiem oferty, które uzyskały wyższe oceny punktowe i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy do zawarcia umów, wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Oferta Odwołującego uplasowała się w rankingu końcowym na 4 pozycji, a do zawarcia umowy wybrano 3 oferentów, których potencjał pozwolił na wyczerpanie łącznej wartości zamówienia oraz zabezpieczenie udzielania świadczeń. Przyczyną niewybrania tej oferty było uzyskanie przez nią mniejszej liczby punktów w rankingu końcowym, tj. 23,000 pkt mniej od ostatniego podmiotu wybranego do zawarcia umowy. Należy zaznaczyć, że ranking w zaskarżonym postępowaniu sporządzony został wedle ustawowych kryteriów, o których mowa w art. 148 ustawy, tożsamy dla wszystkich świadczeniodawców biorących udział w tym postępowaniu. Jak wskazał Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 16 października 2015 roku (sygn. akt II GSK 2006/14) „zasada równego traktowania świadczeniodawców może przejawiać się w różnych aspektach natomiast przejawem jej realizacji jest stosowanie takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu. Stąd niedopuszczalnym jest stosowanie do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców”.

W rozstrzygnięciu postępowania konkursowego zostały wybrane oferty o wykazanym potencjale jednoznacznie lepszym od oferty Odwołującego się.

Prezes NFZ zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów, z uwzględnieniem wszystkich twierdzeń i zarzutów Odwołującego. Biorąc pod uwagę całokształt zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego należy stwierdzić, że analiza czynności dokonywanych przez Komisję Konkursową, przeprowadzona w toku postępowania administracyjnego nie wykazała, że naruszono zasady postępowania nr 09-24-000095/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w kontekście naruszenia interesu prawnego Odwołującego, którego oferta nie została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wobec powyższego odwołanie oddalono i orzeczono jak w sentencji.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach niniejsza decyzja jest ostateczna. Stronie przysługuje prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie, ul. Kraszewskiego 4A, 35-016 Rzeszów. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów, upoważnionego na podstawie art. 268a kpa do załatwiania spraw w imieniu Prezesa NFZ. Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia (art. 53 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 1634 ze zm.).

Katarzyna Kowalewska\$EZD_PODPIS_IMIENAZWISKO

p.o. Dyrektora

Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

z siedzibą w Rzeszowie

z up. Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

/Dokument podpisany elektronicznie/

Załączniki:

- 1) Tabela przedstawiająca szczegółowe porównanie ofert dokonane przez Komisję Konkursową w przedmiotowym postępowaniu