

Poznań, dnia 25 kwietnia 2017 roku

WO-DP.422.5.2017

DECYZJA NR ...⁵.../2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 3 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, wniesionego przez Stowarzyszenie "KOLORY" z siedzibą w Lesznie przy ul. Klonowicza 14/5, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 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 (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 3 lutego 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 1.163.807,28 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych maksymalnie siedem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 3 kwietnia 2017 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia 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. Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Dnia 11 kwietnia 2017 roku (data nadania w Urzędzie Pocztowym 10 kwietnia 2017 roku) do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Stowarzyszenie "KOLORY" z siedzibą w Lesznie przy ul. Klonowicza 14/5, zwane dalej „Odwołującym”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 3 kwietnia

2017 roku postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, Odwołujący zarzuca komisji konkursowej:

1. Naruszenie art. 134 Ustawy, poprzez nierówne traktowanie oferentów tj. pominięcie odwołującego w negocjacjach, a tym samym uniemożliwienie Odwołującemu przedstawienia korzystniejszej oferty, z czego mogli skorzystać inni oferenci,
2. Naruszenie art. 7 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego poprzez brak przeprowadzenia czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego i rozstrzygnięcia postępowania z pominięciem słusznego interesu Odwołującego,
3. Nieprawidłowe określenie liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, tj. 7, co stanowi zbyt małą ilość w stosunku do potrzeb regionu,
4. Przeprowadzenie postępowania w sposób sprzeczny z „wykazem szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna” stanowiącym załącznik nr 11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 5 sierpnia 2016 r. (Dz. U. 2016r., poz. 1372 ze zm.) poprzez wprowadzenie do kryteriów wyboru ofert kryteriów nie przewidzianych w powołanym rozporządzeniu - dodatkowych punktów za kontynuację współpracy,
5. Błędne przeliczenie ilości punktów obliczonych dla kryterium ceny poprzez uwzględnienie poziomu cen oferentów zaproszonych do negocjacji złożonych dopiero w toku negocjacji, a nie według poziomu zawartego w złożonych ofertach - powyższe naruszenie procedury doprowadziło do sytuacji, w której punkty za poziom cen świadczonych usług były przyznawane według nierównych kryteriów w stosunku do poszczególnych oferentów - 7 oferentów otrzymało punkty przyznane w stosunku do cen podanych w toku negocjacji a nie według cen wskazanych w złożonych ofertach - w stosunku do skarżącego zastosowano poziom cen wskazanych w złożonej ofercie i na podstawie tych cen przyznane zostały punkty w odniesieniu do kryterium „cena”,
6. Przygotowanie konkursu w sposób, który już od samego początku zakładał wybór

podmiotów, które uzyskają punkty za kontynuację świadczeń.

W przypadku uwzględnienia odwołania Odwołujący wnosi o zmianę rozstrzygnięcia organu pierwszej instancji z dnia 3 kwietnia 2017 roku poprzez wybór oferty Odwołującego, lub też o uchylenie rozstrzygnięcia organu pierwszej instancji z dnia 3 kwietnia 2017 roku i przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia w celu zapewnienia równego traktowania wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. W przypadku nieuwzględnienia odwołania Odwołujący wnosi o zwiększenie liczby podmiotów świadczących opiekę zdrowotną na obszarze powiatu Gostyńskiego, Kościańskiego, Leszczyńskiego, Rawickiego, Wolsztyńskiego i miasta Leszna w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb mieszkańców tego regionu.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 12 kwietnia 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 25 kwietnia 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 3 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym oferty złożyli Odwołujący, INMEDIC Sp. z o.o., Jan Gacek, Jolanta Aleksanderek, Magdalena Rybicka-Dworczak oraz Marta Pawlicka s.c. (przy czym oferta tego podmiotu obejmowała dwa miejsca udzielania świadczeń), Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Hospicjum Domowe w Wolsztynie” Sp. z o.o. oraz Wojciech Melerowicz.

Postępowanie nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1347),
- 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.),
- zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 54/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zmienionego zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 116/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 listopada 2016 r. zmieniający zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna,
- zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 3 lutego 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, nie odrzuciła żadnej ze złożonych ofert.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, wszystkie złożone oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów umożliwił 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, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 ust. 2 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, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- kwalifikacje personelu (maksymalnie 54,00 pkt),
- wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (do -15,00 pkt),
- posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania (maksymalnie 1,0 pkt).

2. kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, (maksymalnie 4 pkt)
- realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, (maksymalnie 4 pkt).

3. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (maksymalnie 5,00 pkt),
 - realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (maksymalnie 5,00 pkt),
4. inne warunki oceniane, w tym:
- współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),
5. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 25,00 pkt).

W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do 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:

- podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz,
- ceną oczekiwaną przez Fundusz jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

$$A \begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = s \end{cases}$$

$$B \begin{cases} C_{of} \geq C_{min} \\ y_c = \frac{s(C_{maks} - C_{of})}{C_{maks} - C_{min}} \end{cases}$$

gdzie:

y_c - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,

C_{maks} - 1,1 x C_{NFZ} ,

$C_{min} - 0,9 \times C_{NFZ}$,

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

s – maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,

A – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} < C_{min}$,

B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} \geq C_{min}$.

Dnia 3 kwietnia 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym zostanie zawarta z INMEDIC Sp. z o.o., Janem Gacek, Jolantą Aleksanderek, Magdaleną Rybicką-Dworczak oraz Martą Pawlicka s.c., Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Hospicjum Domowe w Wolsztynie" Sp. z o.o. oraz Wojciechem Melerowiczem.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Cena jednostki rozlicz (zł)	Punkcja za ofertę cenową	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów			Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
					jakość	ciągłość	razem		
1	MAGDALENA RYBICKA-DWORCZAK, MARTA PAWLICKA	HOSPICJUM DOMOWE-64-020 CZEMPIŃ ul. PARKOWA 2	50,57	25	40	10	50	75	Tak
2	MAGDALENA RYBICKA-DWORCZAK, MARTA PAWLICKA	HOSPICJUM DOMOWE-64-000 KOŚCIAN ul. NACŁAWSKA 15	50,57	25	30	10	40	65	Tak
3	WOJCIECH MELEROWICZ	HOSPICJUM DOMOWE-64-000 KOŚCIAN ul. POZNAŃSKA 122	54	17,37	30	10	40	57,37	Tak
4	JAN GACEK	HOSPICJUM DOMOWE-64-100 LESZNO ul. KRÓLOWEJ JADWIGI 4	54,19	16,94	30	10	40	56,94	Tak
5	JOLANTA ALEKSANDEREK	HOSPICJUM DOMOWE DOM-63-900 RAWICZ ul. GROTA ROWECKIEGO 9K	50	25	21	10	31	56	Tak
6	INMEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	HOSPICJUM DOMOWE II-63-800 GOSTYŃ ul. GRANICZNA 6E	52	21,82	31	0	31	52,82	Tak
7	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HOSPICJUM DOMOWE W WOLSZTYNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	HOSPICJUM DOMOWE-64-200 WOLSZTYN ul. DRZYMAŁY 18	53,3	18,92	20	10	30	48,92	Tak

Wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią

Tabeli nr 1 „Opieka paliatywna i hospicyjna” i Tabeli nr 2 „Opieka paliatywna i hospicyjna – część wspólna” załącznika nr 11 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna” do 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 oraz załącznika nr 2 „WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym i uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent INMEDIC Sp. z o.o.

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 15 punktów,
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, za co otrzymał 6 punktów,
- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował pracy pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów.
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

Nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny INMEDIC Sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 52,00 zł, za co otrzymał 21,81 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Wojciech Melerowicz.

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów.
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w

przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 5 punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

Nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Wojciech Melerowicz zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 54,00 zł, za co otrzymał 17,37 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Jan Gacek:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów.
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 5 punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

Nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Jan Gacek zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 54,19 zł, za co otrzymał 16,95 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Magdalena Rybicka-Dworczak i Marta Pawlicka s.c. w zakresie miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Czempiniu przy ul. Parkowej 2

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi od co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- zadeklarował czas pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów.

- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 5 punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

Nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Magdalena Rybicka-Dworczak i Marta Pawlicka s.c. w zakresie miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Czempiniu przy ul. Parkowej 2 zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 50,57 zł, za co otrzymał 25,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Magdalena Rybicka-Dworczak i Marta Pawlicka s.c. w zakresie miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Kościanie przy ul. Naclawskiej 15

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi od 50% do 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10 punktów,

- zadeklarował fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- zadeklarował czas pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów.
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 5 punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

Nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Magdalena Rybicka-Dworczak i Marta Pawlicka s.c. w zakresie miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Kościanie przy ul. Naclawskiej 15 zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 50,57 zł, za co otrzymałby 25,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent NZOZ Hospicjum Domowe w Wolsztynie Sp. z o.o.

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi od 50% do 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował czasu pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów.
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 5 punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

Nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent NZOZ Hospicjum Domowe w Wolsztynie Sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 53,30 zł, za co otrzymał 18,92 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Jolanta Aleksanderek,

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi od 50% do 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów.
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta**

dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 5 punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

Nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Jolanta Aleksanderek zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 50,00 zł, za co otrzymał 25,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferta złożona przez Odwołującego, uzyskała następującą ocenę:

W zakresie kryterium kompleksowości Odwołujący:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował fizjoterapeutę w wymiarze równoważnika co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował pracy pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów.
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

Nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

Zakładając, że w trakcie negocjacji prowadzonych w celu ustalenia liczby i ceny świadczeń Odwołujący zaproponowałby cenę uzasadniającą uzyskanie maksymalnej liczby punktów w zakresie kryterium ceny, Odwołujący mógłby otrzymać 25 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Ponadto wskazać należy, iż w poszczególnych ofertach wszyscy oferenci zadeklarowali każdorazowo, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym wskazać należy, co następuje.

Na wstępie wskazać należy, iż w dniu 22 marca 2017 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 podjęła uchwałę zgodnie z którą w zakresie ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania możliwa była zmiana odpowiedzi z twierdzącej na negatywną, w sytuacji gdy oferent pozytywnie odpowiedział na pytanie o spełnianie warunku rankingującego, a z treści oferty wynikało, iż nie spełnia tego warunku oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami (komisja konkursowa stwierdzała zatem rozbieżność w treści samej oferty) – komisja konkursowa uprawniona była do dokonywania zmian odpowiedzi ankietowych na negatywne. Dokonanie takiej zmiany skutkowało odjęciem punktów za daną odpowiedź i obniżeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania. Podkreślenia wymaga, iż powyższa zasada stosowana była w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższej uchwale okoliczności celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia przez komisję konkursową przepisu art. 134 Ustawy, poprzez niezaproszenie Odwołującego na negocjacje w zakresie ceny i liczby świadczeń wskazać należy, iż komisja konkursowa nie zapraszała na negocjacje oferentów w sytuacji gdy po dokonaniu oceny punktowej udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe i hipotetycznym przyznaniu ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny tj. 25, oferta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane miejsce w rankingu ofert. Przyjęty przez komisję konkursową sposób postępowania wynikał z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania. W tym miejscu wskazać należy, iż zgodnie z brzmieniem art. 142 ust. 7 Ustawy komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkim oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania konkursowego. Odnosząc powyższe uwagi do oferty Odwołującego podkreślić należy, iż w niniejszej decyzji zostały przytoczone odpowiedzi ankietowe udzielone przez Odwołującego, jak i liczba punktów jakie uzyskała złożona przez Odwołującego oferta. Na potrzeby niniejszej decyzji ofercie przyznano maksymalną liczbę punktów w kryterium ceny. Uwzględniając powyższe elementy oceny, łączna ocena oferty przedstawiałaby się następująco:

Nazwa oferenta	Cena jednostki rozliczeniowej	Punktacja za ofertę cenową	Jakość	Ciągłość	Razem	Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu oferty
NZOZ Hospicjum Domowe "KOLORY"	50,00	25,00	20,00	0,00	20,00	45,00	NIE

Z wyżej przedstawionych obliczeń w sposób nie budzący wątpliwości wynika, iż nawet gdyby Odwołujący został zaproszony na negocjacje dotyczące ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, i nawet gdyby w zakresie kryterium ceny uzyskałaby maksymalną liczbę punktów, jego oferta i tak nie zostałaby wybrana, ze względu na fakt, iż ilość świadczeń zakontraktowanych przez oferentów, którzy wskazani zostali jako ci z którymi Oddział Funduszu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyczerpała niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie świadczeń w tym postępowaniu. Tym samy argument Odwołującego przywołany w odwołaniu, zgodnie z którym brak możliwości negocjacji ceny punktu rozliczeniowego i ilości świadczeń miało wpływ na ocenę oferty uznać należy za chybiony.

Odnosząc się do kolejnego argumentu Odwołującego, zgodnie z którym umożliwienie Odwołującemu przeprowadzenie negocjacji pozwoliłoby na obniżenie ilości zadeklarowanych w ofercie pacjentów, co spowodowałby procentowy wzrost udziału pracy lekarza ze specjalizacją z medycyny paliatywnej do poziomu powyżej 75% oraz pielęgniarki ze stażem powyżej 5 lat, podkreślić należy, iż w trakcie negocjacji, zgodnie z brzmieniem art. 142 ust. 6 Ustawy komisja konkursowa może przeprowadzić z oferentami negocjacje w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. I tylko te dwa elementy tj. cena i ilość świadczeń mogą być przedmiotem negocjacji z oferentem i mogą ulec zmianie w stosunku do propozycji zawartych w ofercie. W trakcie negocjacji oferenci nie dokonują zmian w zakresie innych odpowiedzi ankietowych, a zaproponowane warunki realizacji świadczeń muszą spełniać przez cały okres obowiązywania umowy. Tym samym w sytuacji gdy w czasie negocjacji oferent obniża cenę i ilość zaproponowanych pierwotnie w ofercie świadczeń, pozostałe elementy oferty nie ulegają zmianie, a oferent musi przez cały okres obowiązywania umowy gwarantować realizację

umowy na warunkach zadeklarowanych w ofercie bez względu na zmianę ceny i ilości zaproponowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem obniżenie ceny i ilości świadczeń w żaden sposób nie przekłada się na zmianę pozostałych warunków zadeklarowanych w ofercie. Jeśli więc oferent zadeklarował w ofercie, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, to zmniejszenie ilości zadeklarowanych pacjentów nie spowoduje procentowego wzrostu czasu pracy lekarzy specjalistów w stosunku do zadeklarowanego, a tym samym nie spowoduje również zwiększenia liczby punktów przyznanych ze tę odpowiedź. Z tych samych powodów za chybiony uznać należy argument Odwołującego, zgodnie z którym obniżenie liczby chorych zadeklarowanych w ofercie nie wpłynęłoby na końcową ocenę oferty.

Reasumując podkreślić należy, iż fakt niezaproszenia przez komisję konkursową Odwołującego na negocjacje w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej nie miał wpływu (przy uwzględnieniu, że w ocenie oferty Odwołującego komisja konkursowa hipotetycznie przejęła, że propozycja cenowa winna uzyskać maksymalną liczbę punktów) ocenę pozostałych elementów oferty. Zatem nawet zaproszenie Odwołującego na negocjacje i maksymalne obniżenie przez Odwołującego liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za te świadczenia nie spowodowałoby, że oferta Odwołującego zostałaby wybrana w konkursie ofert. Tym samym zarzut o naruszeniu przez komisję konkursową zasady równego traktowania traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyrażonej w art. 134 Ustawy uznać należy za chybiony.

Odnosząc się do zarzutu przeprowadzenia postępowania konkursowego w sposób sprzeczny z brzmieniem załącznika nr 11 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna” do 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 podkreślić należy, iż przywołane rozporządzenie wydane zostało przez Ministra Zdrowia na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 148 ust. 3 Ustawy. Nadto jak już wyżej wskazano w niniejszej decyzji, w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Opieka paliatywna i

hospicyjna” i Tabeli nr 2 „Opieka paliatywna i hospicyjna – część wspólna” załącznika nr 11 do 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. Wskazać należy, iż zarówno w Tabeli nr 1 „Opieka paliatywna i hospicyjna” i w Tabeli nr 2 „Opieka paliatywna i hospicyjna – część wspólna” znajdują się zapisy premiujące dodatkowymi punktami fakt realizacji przez oferentów umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. I tak w Tabeli nr 1 „Opieka paliatywna i hospicyjna” pkt 2 „Hospicjum domowe dla dorosłych” w części II kryterium „kompleksowość” znajdują się dwa pytania dotyczące realizacji umów przez oferentów: w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym oraz w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej. Podkreślenia wymaga, iż żaden z oferentów postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 nie udzielił pozytywnej odpowiedzi na wyżej przywołane pytania. Natomiast w Tabeli nr 2 „Opieka paliatywna i hospicyjna – część wspólna” w części III „ciągłość” znajdują się dwa pytania w przedmiocie realizacji przez oferentów umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie oraz czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat. Za każdą pozytywną odpowiedź oferent mógł uzyskać 5 punktów. W tym miejscu podkreślić należy, iż wbrew twierdzeniom Odwołującego, że „... do dalszych negocjacji zostały zaproszone tylko i wyłącznie te podmioty, które już wcześniej korzystały z finansowania z NFZ”, oferent INMEDIC Sp. z o.o., który został wybrany w konkursie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, na oba pytania o „ciągłość” udzielił odpowiedzi negatywnej, co wskazuje, że w momencie składania oferty nie był stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia fakt, ten przemawia przeciwko wyrażonej przez Odwołującego tezie „iz postępowanie zostało przygotowane w ten sposób, że podmioty, które nie po raz pierwszy brały udział w konkursie były od samego początku faworyzowane.” Fakt, że podmiot który nie realizował dotąd umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, zajął 6 miejsce w rankingu ofert, potwierdza, że nawet nie będąc stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej, przy przygotowaniu dobrej jakościowo oferty umożliwiało uzyskanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01. Nadto podkreślić należy, iż jak wyżej wskazano, że pytania ankietowe stanowią tak naprawdę odwzorowanie wymogów opisanych w rozporządzeniu 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, a zatem to nie Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, a tym bardziej Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ustalają treść wymogów w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że Odwołujący składając ofertę w postępowaniu nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 oświadczył, podpisując załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, że „zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania” potwierdzając tym samym, że zgadza się także z tym, że w postępowaniu konkursowym premiowani, z tytułu kryterium „ciągłość” są ci świadczeniodawcy, którzy w dniu składania ofert realizowali na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.

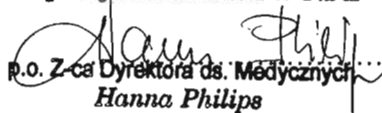
Odnosząc się do zarzutu, że liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze powiatów Gostyńskiego, Kościańskiego, Leszczyńskiego, Rawickiego, Wolsztyńskiego i miasta Leszna, określona w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, była zbyt mała w stosunku do potrzeb tego regionu podkreślić przede wszystkim należy, iż powyższy zarzut nie dotyczy sposobu prowadzenia postępowania i ewentualnego naruszenia zasad prowadzenia postępowania przez komisję konkursową. Mając na względzie zasadę przekonywania Odwołującego wyjaśnić należy, iż decyzja o liczbie umów przewidzianych do zawarcia w danym postępowaniu jest autonomiczną decyzją dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Określenie ilości umów w postępowaniu nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 dokonywane było przede wszystkim w granicach ograniczonych środków finansowych jakimi dysponuje Oddział Funduszu. Kolejnym ważnym czynnikiem mającym wpływ na określenia ilości umów jaka zostanie zawarta w ramach tego postępowania było dotychczasowe wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie przez świadczeniodawców. Nadto brano pod uwagę również dane statystyczne Głównego Urzędu

Statystycznego oraz analizy wielkości populacji na danym terenie. Wskazać zatem należy, iż określenie ilości umów przeznaczonych do zawarcia w danym postępowaniu jest wypadkową wielu czynników, że szczególnym jednak uwzględnieniem ilości środków finansowych i dotychczasowej realizacji świadczeń przez świadczeniodawców. Uwzględniając powyższe czynniki Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uznał, iż podpisanie maksymalnie siedmiu umów (przy czym przez umowę rozumieć należy każde z miejsc udzielania świadczeń) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym na obszarze powiatów: Gostyńskiego, Kościańskiego, Leszczyńskiego, Rawickiego Wolsztyńskiego oraz miasta Leszno zagwarantuje świadczeniobiorcom dostęp do tych świadczeń.

Biorąc pod uwagę wyżej przytoczone wyjaśnienia jeszcze raz wskazać należy, iż niezaproszenie przez komisję konkursową Odwołującego na negocjacje w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej nie miał wpływu (przy uwzględnieniu, że w ocenie oferty Odwołującego komisja konkursowa hipotetycznie przejęła, że propozycja cenowa winna uzyskać maksymalną liczbę punktów) ocenę pozostałych elementów oferty. Zatem nawet zaproszenie Odwołującego na negocjacje i maksymalne obniżenie przez Odwołującego liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za te świadczenia nie spowodowałby, że oferta Odwołującego zostałaby wybrana w konkursie ofert.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000138/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, a zatem należy uznać, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ


p.o. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips

POUCZENIE

Od decyzji niniejszej przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

Wykonano w 9 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. INMEDIC spółka z ograniczoną odpowiedzialnością – 1 egz.
3. Jan Gacek – 1 egz.,
4. Jolanta Aleksanderek – 1 egz.,
5. Magdalena Rybicka-Dworczak, Marta Pawlicka s.c. - 1 egz.
6. NZOZ Hospicjum Domowe w Wolsztynie" Sp. z o.o. – 1 egz.
7. Wojciech Melerowicz – 1 egz.
8. a/a. – 2 egz.

Opracował: Michał Badowski – Wydział Organizacyjny.