

Poznań, dnia 10.05.2017

WO-DP.422.9.2017

DECYZJA NR 7/2017/0

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 14 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04.01 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 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie domowej, wniesionego przez Leszka Fajfiera, 64-330 Opalenica, ul. Powstańców Wlkp.1a/305, 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 15-17000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 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 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie domowej.

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 211.432,32 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, natomiast maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to trzy.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 14 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.

W dniu 20 kwietnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło, złożone osobiście, odwołanie Leszka Fajfera, z siedzibą w Opalenicy (64-330), ul. Powstańców Wlkp. 1a/305, zwanego dalej „Odwołującym”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04.01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04.01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej, Odwołujący jako podstawę odwołania wskazał przeprowadzenie postępowania konkursowego z naruszeniem przepisów prawa tj. art. 134 Ustawy polegającym na prowadzeniu postępowania z pominięciem zasad uczciwej konkurencji, jak również jego błędnym zastosowaniu, przejawiającym się w wyborze ofert podmiotów, których ocena przeprowadzona była w sposób niepełny, nierzetelny i nieprawidłowy w kontekście zasad jej przeprowadzania. Na dowód powyższego Odwołujący wskazał, iż podmiot Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „HIPOKRATES” z siedzibą w Opalenicy (64-330), ul. Powstańców Wlkp. 1 złożył ofertę w przedmiotowym postępowaniu na realizację świadczeń w pielęgnarskiej opiece długoterminowej, która zawierała dane pięciu pielęgniarek, które zostały wskazane jako świadczące usługi z upoważnienia tego podmiotu. Dalej wskazuje, iż trzy z pięciu pielęgniarek zostało wskazanych bez ich wiedzy, o czym komisja konkursowa powzięła wiedzę w trakcie postępowania. W ocenie Odwołującego okoliczność ta świadczy o postępowaniu tego oferenta w sposób nieuczciwy i winna stanowić podstawę do odrzucenia oferty. Odwołujący zarzucił komisji konkursowej nieuwzględnienie faktu, iż wyżej wskazany podmiot nie realizuje świadczeń samodzielnie lecz za pośrednictwem personelu współpracującego. Podniósł, iż komisja konkursowa działa w dobrej wierze i w zaufaniu do oferenta, iż wskazany w ofercie sprzęt jak i inne składowe oferty są w posiadaniu i dyspozycji oferenta. Odwołujący zarzucił również, iż praktyką komisji konkursowych jest sprawdzanie posiadania zasobów materialnych, tj. sprzętu, czy pomieszczenia zgodne są z wymogami przepisów prawnych, nie zaś najważniejszych elementów oferty, a więc personelu, który będzie udzielał świadczeń. Odwołujący wskazał, iż dobrą praktyką jest załączanie do oferty

dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu, zarzucając jednocześnie brak wymogu żądania innych dokumentów, które świadczyłyby o tym, że wykazany w ofercie personel, zgodził się na wykazanie w przedmiotowej ofercie oraz, że podejmie pracę u oferenta w okresie przewidzianym umową. Zarzucił komisji konkursowej skupienie się na wyjaśnieniu koincydencji czasu pracy personelu, a nie na wyjaśnieniu jej przyczyn, które w tym przypadku zostały komisji konkursowej wskazane przez jedną z pielęgniarek. Odwołujący zawniósł o wgląd do pełnej dokumentacji wszystkich oferentów, którzy złożyli oferty w postępowaniu 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 i zastrzegł prawo do złożenia uzupełnienia do odwołania w przypadku stwierdzenia innych uchybień w wyłonieniu ofert.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 21 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 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. 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 określeniu terminu wydania decyzji na dzień 10 maja 2017 roku.

W dniu 25 kwietnia 2017 roku z uprawnień w zakresie wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący, natomiast w dniu 27 kwietnia 2017 roku z uprawnień tych skorzystał oferent Dariusz Chłopek z siedzibą w Zbąszyniu (64-360), ul. Sienkiewicza 39.

W dniu 2 maja 2017 roku zostało złożone osobiście w WOW NFZ pismo Odwołującego zatytułowane Uzupełnienie do odwołania z dnia 20.04.2017 r. od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04.01, do którego dołączone zostały kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem oświadczeń trzech pielęgniarek: Haliny Kotowskiej, Katarzyny Zaleskiej i Magdaleny Nowak o braku nacisków ze strony NZOZ PULS przy składaniu przez nie oświadczeń o zamiarze współpracy z tym podmiotem oraz poinformowaniu oferenta Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „HIPOKRATES” o zamiarze zakończenia z nim współpracy. Nadto oświadczenie Pani Haliny Kotowskiej odnosi się również do okoliczności składanych przez nią oświadczeń związanych z deklarowaną współpracą z oferentem Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „HIPOKRATES” w toku prowadzonego postępowania konkursowego. W uzupełnieniu do odwołania Odwołujący ponownie zakwestionował wynik wskazanego postępowania. Podtrzymał również podstawę wniesionego odwołania tj. naruszenie art. 134 Ustawy. Zarzucił komisji konkursowej niezgodność postępowania z wcześniejszymi wyjaśnieniami i błędnym stanowiskiem w interpretacji zapisów rozporządzeń mających zastosowanie w konkursie. Zakwestionował również procedurę udostępniania dokumentacji konkursowej w procesie odwoławczym jako niezgodną z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (w szczególności art. 2 ustawy) oraz brak wcześniej przyjętych zasad oceniania odpowiedzi ofertowych w kontekście ich niezgodności ze stanem faktycznym, w tym niepodanie do publicznej wiadomości przed postępowaniem, a co nie zostało zawarte w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co wiąże się z brakiem upublicznienia informacji, czy stwierdzona niezgodność odpowiedzi będzie wiązała się z odrzuceniem oferty, czy tylko odliczeniem punktów rankingujących. W uzasadnieniu Odwołujący zarzucił udostępnienie wglądu do dokumentacji prowadzonej przez komisję konkursową oraz oferenta wyłącznie w zakresie nie objętym oświadczeniem, stanowiącym załącznik nr 8 do zarządzenia

Nr 12/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 lutego 2015 r., a będącym załącznikiem do oferty. W opinii Odwołującego jest to niezgodne z ustawą o dostępie do informacji publicznej, gdyż już w chwili oficjalnego ogłoszenia wyników konkursu, informacja zawarta w ofercie staje się informacją publiczną, co miało być potwierdzone przez pracowników WOW NFZ prowadzących szkolenie nt. przygotowania oferty, a które odbyło się w ostatnich dniach stycznia 2017 r. Odwołujący zarzucił, iż zarządzenie Prezesa ogranicza prawa obywateli, gdyż z założenia uniemożliwia złożenie skutecznego odwołania do postępowania konkursowego oraz prac komisji konkursowej, a co za tym idzie odwołujący się nie może zweryfikować poprawności pracy komisji, w tym uznanych odpowiedzi lub przyznanych punktów i zawartości oferty, nie pozwalają na wskazanie błędów lub niedopatrzeń w pracach komisji. Odwołujący podniósł, iż Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „HIPOKRATES” z siedzibą pod adresem: 64-330 Opalenica, ul. Powstańców Wielkopolskich 1 zastrzegła swoją ofertę, w całości co ograniczyło Odwołującemu dostęp do zawartych w niej informacji. Wątpliwości Odwołującego wzbudziło udostępnienie części odpowiedzi ankiety jak np. punkty 2.1.3 i 2.1.4 a utajnienie punktów 2.1.1 i 2.1.2, gdyż w ocenie Odwołującego dotyczy bezpośrednio świadczeniobiorców a nie personelu.

Dalej w uzasadnieniu Odwołujący zarzuca nierzetelną ocenę dotyczącą osób personelu, które zostały wykazane w ofercie firmy Hipokrates podając, iż część wykazanego personelu przez ten podmiot została wykazana w innych ofertach, a także innych postępowaniach w szczególności dotyczy to trzech osób: Katarzyny Zaleskiej, Haliny Kotowskiej oraz Magdaleny Nowak. Odwołujący wskazuje, że osoby te wyraziły wolę współpracy z podmiotem reprezentowanym przez Odwołującego czego dowodem były stosowne oświadczenia. W ocenie Odwołującego wezwanie przez komisję konkursową do złożenia wyjaśnień nie powinno skończyć się na informacji przekazanej przez oferenta, które według Odwołującego było niezgodne z prawdą. Odwołujący poddaje w wątpliwość zgodność harmonogramu czasu pracy pielęgniarek z wymaganiami rozporządzenia, jak również zasadność uznania odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.1.4 gdyż w ocenie Odwołującego komisja konkursowa pomimo posiadania takich możliwości nie dokonała weryfikacji pod kątem koincydencji z innymi podmiotami także poza zakresem konkursu (szczególnie mając na uwadze kryterium rozporządzenia o dostępności dla pacjenta) oraz czy czas pracy pielęgniarek dopuszczonych w ofercie spełnia wymagania rozporządzenia. Odwołujący wskazuje, iż firma Hipokrates wskazała czas pracy obejmujący pracę w soboty i niedzielę, wobec czego wyjaśnieniu powinno podlegać czy czas pracy pozostałych pielęgniarek spełnia wymagania dostępności, o których mowa w rozporządzeniu. Powyższe w ocenie Odwołującego winna wyjaśnić komisja konkursowa mając ku temu obiektywne przesłanki oraz mając do wglądu ofertę dla jednoczasowo ogłoszonego postępowania w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla powiatu nowotomyskiego i powiatów ościennych oraz narzędzia informatyczne do weryfikacji danych osobowych w ofercie pod kątem łącznego czasu pracy u różnych świadczeniodawców w ramach trwających umów.

W konsekwencji Odwołujący wskazuje, iż gdyby komisja konkursowa dołożyła staranności w wyjaśnieniu wszystkich okoliczności związanych z wykazanym personelem, winna była odrzucić ofertę złożoną przez oferenta Hipokrates.

Ponadto Odwołujący zarzuca wprowadzenie w błąd świadczeniodawców przez pracowników WOW NFZ odnośnie braku możliwości zapewnienia ciągłości umów dla świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych przez okres 10 lat przez świadczeniodawców związanych umową z WOW NFZ. Konsekwencją tego było uniemożliwienie zdobycia wyższej punktacji w odpowiedzi na pytanie ankietowe 3.1.3. Zarzucił również brak weryfikacji odpowiedzi oferentów, którzy na powyższe pytanie wskazali nieprzerwany okres 10 lat. Weryfikacja ta zgodnie z informacją przekazaną przez pracowników WOW NFZ na szkoleniu przeprowadzonym w styczniu 2017 r. winna prowadzić do zakwestionowania wskazanej odpowiedzi jako niemożliwej do spełnienia i ostatecznie skutkować

odrzucając ofertę.

Odwołujący zarzucił błędną interpretację warunku ocenianego w ankiecie w pkt 3.1.1 „Ustalono zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji”. W ocenie Odwołującego użycie liczby mnogiej w sformułowaniu „innymi podmiotami leczniczymi” wymaga zawarcia umowy z kilkoma podmiotami, a nie jak w stanowisku komisji konkursowej – co najmniej jednej umowy ze świadczeniodawcą w rodzaju leczenia szpitalne. Odwołujący podnosi również, że definicja podmiotu leczniczego nie zawęża się tylko do szpitali, ale obejmuje innych świadczeniodawców, co wyraźnie precyzuje art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dalej wskazuje że opiekę pohospitalizacyjną można zapewnić nie tylko współpracując ze szpitalem, ale także lekarzem rodzinnym, co w ocenie Odwołującego było intencją autora rozporządzenia. Nadto Odwołujący poddaje w wątpliwość podstawy na której komisja stwierdziła, iż warunek zostanie spełniony gdy szpital położony jest na obszarze działania oferenta. W ocenie Odwołującego taka interpretacja jest niezgodna z rozporządzeniem i wprowadza w błąd oferentów.

Kolejny zarzut podniesiony przez Odwołującego dotyczy braku transparentnych zasad uznawania przez komisję konkursową odpowiedzi ankietowych które byłyby komunikowane świadczeniodawcom, a co w opinii Odwołującego winno nastąpić przed terminem składania ofert bowiem brak wiedzy, czy odpowiedź niezgodna z ustaleniami w postępowaniu skutkuje odrzuceniem oferty, czy tylko obniżeniem wartości powoduje że prace komisji nie są przewidywalne, a konkurs nie jest przeprowadzony w sposób obiektywny na znanych wszystkich zasadach.

W dalszym toku uzasadnienia Odwołujący zarzucił, iż oferenci nie mają wiedzy czym komisja kieruje się umniejszając wartość dotychczasowej umowy (a która jest brana pod uwagę w kontekście pytań ofertowych) zwiększając inną umowę, a co mając na uwadze dysponowanie środkami publicznymi, nie powinno być bez znaczenia zarówno dla oferentów, jak i samych pacjentów. W ocenie Odwołującego brak jasnego kryterium przyznawania propozycji punktów i wartości umów sugeruje stronniczość komisji konkursowej. Na poparcie powyższego Odwołujący przytacza w swoim odwołaniu ilości punktów przyznane w ocenie ofert oraz wartości zaproponowanego przez komisję konkursową kontraktu i tak: „Florenceja” – 91,33 pkt, „Opitima” - 88 pkt, „Hipokrates” – 80,00 pkt, wartości propozycji NFZ: „Florenceja” – 141 794,08 zł, „Opitima” – 34 776,00 zł, „Hipokrates” – 29 885,28 zł. Odwołujący podnosi niewielką różnicę w przyznanych punktach poszczególnym oferentom, a dużą rozpiętość propozycji NFZ wskazując przy tym dotychczasowe wartości umów tych podmiotów: „Florenceja” – 118 461,60 zł, „Opitima” – 46 119,52 zł, „Hipokrates” – 74 839,44 zł. Odwołujący zwraca uwagę na obniżenie wartości umowy dla podmiotu Hipokrates i podnosi brak uzasadnienia w kontekście rankingu dla obniżenia wartości umowy podmiotu Opitima.

W ocenie Odwołującego możliwość zmiany odpowiedzi ankietowych co skutkowało dodatkowymi punktami, jako przykład podaje zmianę ceny, która wpływała na otrzymanie dodatkowej punktacji już po złożeniu oferty, w odniesieniu do konkursu nie jest procedurą sprawiedliwą, a wręcz w kontekście finansów publicznych ogranicza dostęp do świadczeń.

Odwołujący podnosi także brak weryfikacji odpowiedzi ankietowych w ofercie firmy Hipokrates, dotyczących dostępności (nr 2.1.1 do 2.1.4) w sytuacji, gdy inne podmioty musiały poza wyjaśnieniami złożyć dokumenty potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa np. w punkcie 2.1.3 i 2.1.4, co w ocenie Odwołującego wskazuje na wybiórcze traktowanie oferentów.

Ostatecznie Odwołujący wniósł o uznanie odwołania, ponowną weryfikację ofert oraz zweryfikowanie poprawności działania komisji konkursowej, pod kątem szczególnej staranności przeprowadzenia konkursu, podnosząc jednocześnie, że wskazane postępowanie konkursowe przeprowadzono w sposób

nierzetelny z pominięciem zasad uczciwej konkurencji.

Uwzględniając zastrzeżenie Odwołującego o niezasadności utajnienia odpowiedzi na pytania nr 2.1.1. oraz 2.1.2 ankiety stanowiącej część VIII formularza ofertowego Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” pismem z dnia 02 maja 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ udostępnił Odwołującemu kopię strony 17 formularza ofertowego konkurującego podmiotu celem umożliwienia stronie zapoznania się z aktami sprawy w tym zakresie.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 roku postępowania numer 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 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 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, 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 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04.01 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 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej oferty złożyli:

- Odwołujący,
- Dariusz Chłopek ul. Sienkiewicza 39, 64 360 Zbąszyń,
- Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy, ul. Powstańców WLKP. 1A, 64-330 Opalenica.,
- „Optima” Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach spółka partnerska, ul. Na Kępie 7A/1, 64-360 Zbąszyń.

Postępowanie nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1658);
- 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 Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;

- 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.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki, wszystkie oferty złożone terminie w postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/1/14. 2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej, tj. ofertę Odwołującego oraz oferty:

- Dariusza Chłopka, ul. Sienkiewicza 39, 64-360 Zbąszyń,
- Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy, ul. Powstańców WLKP. 1A, 64-330 Opalenica.,
- „Optima” Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach spółka partnerska, ul. Na Kępie 7A/1, 64-360 Zbąszyń.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował jednak dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał 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, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 6 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:
 - a) kwalifikacje personelu (maksymalnie 60 pkt),
 - b) 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 -14 pkt),
 - c) pozostałe warunki, w tym:
 - posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (maksymalnie 2 pkt),
2. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez:
 - a) zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (3 pkt),
 - b) zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (3 pkt),

- c) udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 % (3 pkt),
 - d) udział świadczeniobiorców z oceną 5 – 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 20 % (3 pkt),
3. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
- a) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji (4 pkt),
 - b) 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 pkt),
 - c) 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,
 - nieprzerwanie od 10 lat (maksymalnie 10 pkt),
4. inne warunki oceniane, tj.:
- 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 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 5 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} - $1,1 \times C_{NFZ}$,

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 14 kwietnia 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie domowej wskazano oferentów:

- Dariusza Chłopka, ul. Sienkiewicza 39, 64 360 Zbąszyń,
- Przychodnię Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy, ul. Powstańców Wlkp. 1A, 64-330 Opalenica.
- „Optima” Praktykę Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach spółka partnerska, ul. Na Kępie 7A/1, 64-360 Zbąszyń.

Oferta złożona przez Odwołującego nie została wybrana. Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego z powodu wyczerpania ilości umów, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania oraz środków określonych w ogłoszeniu postępowania po wyborze ofert, które uzyskały największą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA					
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
Dariusz Chłopek	3,3311	19	60	9	91,33	TAK
„Optima” Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach spółka partnerska	5	14	60	9	88	TAK

Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i partnerzy	5	14	52	9	80	TAK
Leszek Fajfer	5	4	50	0	59	NIE

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty złożonej przez Odwołującego, gdyż liczba punktów jakie uzyskała jego oferta w toku oceny była mniejsza w stosunku do ofert, które zostały wybrane w trakcie prowadzonego postępowania i które wyczerpały zarówno maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania jak również zasadniczo wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. Podkreślić należy, że porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów 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. Liczba punktów, która kwalifikowała ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w przypadku postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 to 80 pkt. I właśnie oferenci, których oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę oceny co najmniej 80 pkt, zostali wskazani jako podmioty, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej.

W tym miejscu wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej –część wspólna” i Tabeli nr 1 „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej - poz. 7 pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa” załącznika nr 6 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert określenia warunków zawierania i realizacji umów oraz zgodnie z treścią załącznika nr 4 „Warunki Realizacji Świadczeń Gwarantowanych z Zakresu Świadczeń Pielęgnacyjnych i Opiekuńczych w Ramach Opieki Długoterminowej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej i uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi.

1. Dariusz Chłopek:

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował zapewnienie ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, za co otrzymał 4 punkty,
- 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,
- 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,
- 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 10 lat, za co otrzymał 10 punktów.

w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował 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 rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 20 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 pkt,
- zadeklarował zapewnienie 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 pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał 20 punktów;
- -nie zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – 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 niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, 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 niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

w zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 % , za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 5- 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 20 % - za co otrzymał 3 punkty;

w zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent Dariusz Chłopek ostatecznie zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 29,08 zł, za co otrzymał 3,3311 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

2. Oferent „Optima” Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach spółka partnerska

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował ustalone zasady współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, za co otrzymał 4 punkty,
- 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,
- 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 10 lat, za co nie otrzymał punktów.

zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował 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 rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, za co otrzymał 20 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 pkt,
- zadeklarował zapewnienie 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 pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał 20 punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – 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 niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, 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 niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

w zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 % , za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 5- 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa opieki

długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 20 %, **przy czym w świetle przeprowadzonej analizy danych sprawozdawanych przez oferenta w raportach statystyczno – medycznych decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na TAK, co wiązało się z przyznaniem 3 punktów;**

w zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent „Optima” Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach spółka partnerska zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 27,00 zł, za co otrzymał 5 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

3. Oferent Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował ustalone zasady współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, za co otrzymał 4 punkty,
- 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,
- 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 10 lat, za co nie otrzymał punktów.

w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1) opieki długoterminowej lub, 2) pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego lub, 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, za co otrzymał 20 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 pkt,

- zadeklarował zapewnienie 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 – za co otrzymał 10 punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – 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 niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, 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 niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

w zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, **przy czym w świetle przeprowadzonej analizy danych sprawozdawanych przez oferenta w raportach statystyczno – medycznych decydują**

komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów,

- zadeklarował zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 10 % , za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 5- 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 20 % , za co otrzymał 3 punkty;

w zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 27,07 zł, za co otrzymał 5 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

4. Odwołujący Oferent

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował ustalone zasady współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, za co otrzymał 4 punkty,
- 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,
- 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 10 lat, za co nie otrzymał punktów.

w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował 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

rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, za co otrzymał 20 punktów,

- zadeklarował pielęgniarstwo z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 pkt,
- zadeklarował zapewnienie pielęgniarstwa z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;**
- nie zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na TAK, co wiązało się z przyznaniem 10 punktów,**
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – 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 niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawiania 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 niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

w zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował zapewnienia udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 %, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 5- 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 20 %, za co nie otrzymał punktów.

w zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 27,00 zł, za co otrzymał 5 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

Ponadto wskazać należy, iż powyżsi oferenci zadeklarowali, 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.

Zaznaczyć należy na wstępie, iż w dniu 4 kwietnia Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 podjęła uchwałę zgodnie, z którą w zakresie ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania możliwa była zmiana odpowiedzi w następujących sytuacjach:

- jeżeli oferent zaznaczył twierdząco odpowiedź rankingującą, a jednocześnie nie spełnia dodatkowo punktowanego warunku oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno – medycznych, komisja konkursowa uprawniona była do dokonywania zmian odpowiedzi ankietowej na negatywną. Dokonanie takiej zmiany skutkowało odjęciem punktów za daną odpowiedź i obniżeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania.
- jeżeli oferent zaznaczył negatywnie odpowiedź rankingującą, a jednocześnie spełnia dodatkowo punktowany warunek (dotyczy pytań o wynik kontroli oraz o dostępność), oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno – medycznych, komisja konkursowa uprawniona była do dokonywania zmian odpowiedzi ankietowej na twierdzącą. Dokonanie takiej zmiany skutkowało dodaniem punktów za daną odpowiedź i zwiększeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania.

Nadto w dniu 4 kwietnia 2017 roku komisja konkursowa podjęła również uchwałę odnoszącą się do sposobu weryfikacji odpowiedzi na pytania ankietowe dotyczące kryterium dostępności. Zgodnie z powyższą uchwałą z zakresu pytania 2.1.3 i 2.1.4 komisja konkursowa postanowiła, iż weryfikując udzielone odpowiedzi do obliczeń będą brane pod uwagę wszystkie osoby objęte pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, które na załączonej do skierowania karcie oceny lub w trakcie opieki uzyskały przynajmniej raz ocenę odpowiednio 0 punktów w skali Barthel lub 5-15 punktów, w stosunku do wszystkich osób objętych tą formą opieki przez danego świadczeniodawcę. W ww. kryteriach wyrażenie „objętych opieką w ramach pielęgniarstwowej opieki długoterminowej domowej” oznacza zarówno te osoby, które zostały przyjęte do opieki w badanym okresie czasu, jak i te osoby, które były przyjęte wcześniej, a kontynuowały opiekę w badanym okresie czasu. W związku z rozszerzeniem interpretacji z Ministerstwa Zdrowia w kwestii świadczeniobiorców, którzy spełniają kryteria ujęte w powyższych pytaniach komisja konkursowa podjęła decyzję o zmianie odpowiedzi ankietowej na podstawie analizy raportów statystyczno-medycznych lub przesłanych przez oferentów kart oceny dołączonych do skierowań.

Odnosnie pytania ankietowego nr 2.1.2 komisja konkursowa podjęła decyzję, iż w sytuacji gdy z raportów statystyczno-medycznych wynika, że świadczeniobiorcy objęci przez danego oferenta pielęgniarstwą opieką długoterminową domową nie byli hospitalizowani, a oferent udzielił odpowiedzi twierdzącej w formularzu ankietowym na pytanie 2.1.2, a po wezwaniu do złożenia wyjaśnień oferent deklarował, że zapewni ciągłość udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, Komisja konkursowa uzna powyższe wyjaśnienia. W sytuacji gdy z raportów statystyczno-medycznych wynika, iż pacjenci objęci pielęgniarstwą opieką długoterminową przez danego oferenta w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu nie zostali ponownie objęci opieką przez danego oferenta komisja konkursowa dokona zmiany odpowiedzi ankietowej na negatywną. W związku z tym, że pytanie jest w kryterium dostępności komisja konkursowa podjęła decyzję o nie zawężeniu przedziału czasowego pomiędzy zakończeniem hospitalizacji, a ponownym przyjęciu do opieki.

Podkreślenia wymaga, iż powyższe zasady stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższych uchwałach okoliczności celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców.

Nadto równocześnie z ogłoszeniem postępowania konkursowego nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 tj. 03 lutego 2017 roku WOW NFZ umieścił na swojej stronie internetowej komunikat dotyczący kryteriów wyboru ofert, w którym wyjaśnił zasady weryfikacji poszczególnych

pytań ankietowych części VIII formularza ofertowego odnoszących się do kryterium dostępności, ciągłości oraz jakości. Co istotne zasady te były stosowane przez komisje konkursowe w ocenie ofert wszystkich oferentów jednolicie. Udostępnienie tych informacji przed upływem dnia składania ofert zapewniło możliwość zapoznania się wszystkim potencjalnym oferentom z zasadami weryfikacji udzielonych odpowiedzi na zawarte w ankietach ofertowych pytania, a tym samym każdy oferent miał bezpośredni wpływ na kreowanie uzyskiwanej punktacji w procesie oceny ofert.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 59 pkt, podczas gdy, ostatnia z wybranych ofert złożona przez oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, otrzymała 80 pkt. W tym miejscu wskazania wymaga, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 3 lutego 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu w/w postępowania zawrze 3 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż 3 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, i to z oferentami, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanych w rankingu końcowym oferentów wyczerpał zarówno liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01, zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, jak również zasadniczo wyczerpał środki finansowe przeznaczone na udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, w wyniku przeprowadzonego postępowania.

O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali oferenci wybrani w rankingu ofert. Nadto, określona w ogłoszeniu wartość przedmiotu zamówienia, tj. wartość jaka przeznaczona została na udzielanie świadczeń w zakresie na obszarze powiatu nowotomyskiego, została wyczerpana po wyborze 3 ofert wskazanych w rankingu. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przede wszystkim przekroczenie maksymalnej liczby umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania, jak również spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej wskazać należy, co następuje.

Rozpatrując kwestie prawidłowości udostępnienia dokumentacji konkursowej w procesie odwoławczym należy wskazać, iż informacje zastrzeżone jako tajemnica przedsiębiorcy mieszczą się w zakresie tajemnicy organizacyjnej przedsiębiorstwa w kontekście danych podawanych w ofercie biorącej udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasada jawności określona w art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy została uszczegółowiona w Zarządzeniu Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 11 ust. 1 i 4 tego zarządzenia oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę (...). Zastrzeżenie dotyczące wyłączenia jawności oferty winno wskazywać, w sposób nie budzący wątpliwości, informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy (zastrzeżeniu nie nadaje się charakteru zastrzeżenia generalnego). Oferent Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy wskazał elementy oferty, które w jego uznaniu zasługują na zastrzeżenie, przy czym należy wyraźnie podkreślić, że są to zastrzeżenia dotyczące części oferty, a nie całości. W załączniku nr 8 do Zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 roku stanowiącym wzór oświadczenia oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy i załączonym do oferty, oferent wskazał następujące punkty: 1. wykaz personelu, 7. ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń, 8. harmonogram udzielania świadczeń, 9. harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową, 10. ankiety dotyczące danego postępowania w części zawierającej informacje zastrzeżone, wskazane w lp. 1 – 9. Z tego też względu akta sprawy zostały udostępnione stronie postępowania administracyjnego z wyłączeniem informacji zastrzeżonych przez oferenta Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy jako tajemnica przedsiębiorcy.

Odnosząc się do zarzutu prowadzenia postępowania konkursowego z naruszeniem zasady równego traktowania oferentów i uczciwej konkurencji wynikającej z zapisu art. 134 Ustawy należy przede wszystkim stwierdzić, co następuje. Zgodnie z art. 134 ust. 1 Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Z kolei zgodnie z ust. 2 tego przepisu wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Należy stwierdzić, iż wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że każdy z Oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W niniejszym postępowaniu był to załącznik Nr 6 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi

je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”. Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 11-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01.

Odwołujący wywodzi naruszenie zasady uczciwej konkurencji z braku wcześniej przyjętych zasad oceniania odpowiedzi ofertowych w kontekście ich niezgodności ze stanem faktycznym, w tym nie podanie do publicznej wiadomości przed postępowaniem, a co nie zostało zawarte w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej informacji, czy stwierdzona niezgodność odpowiedzi będzie wiązała się z odrzuceniem oferty czy tylko odliczeniem punktów rankingujących. W dalszym toku uzasadnienia Odwołujący wskazał na brak transparentności zasad uznawania przez komisję konkursową odpowiedzi ankietowych, co w ocenie Odwołującego powodowało, że konkurs nie był przeprowadzony w sposób obiektywny na znanych wszystkim zasadach.

W tym miejscu należy przywołać wskazaną wcześniej w niniejszej decyzji uchwałę komisji konkursowej z dnia 4 kwietnia 2017 roku zgodnie, z którą w zakresie ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania możliwa była zmiana odpowiedzi z twierdzącej na negatywną oraz z negatywnej na twierdzącą w sytuacji gdy oferent pozytywnie bądź negatywnie odpowiedział na pytanie o spełnienie warunku rankingującego, a z treści oferty wynikało, iż nie spełnia bądź że spełnia ten warunek oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami bądź wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno – medycznych, komisja konkursowa uprawniona była do dokonywania zmian odpowiedzi ankietowych na negatywne bądź twierdzące. Dokonanie takiej zmiany skutkowało odjęciem bądź dodaniem punktów za daną odpowiedź i obniżeniem bądź podwyższeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania. Dokładny opis dokonanych na podstawie uchwały zmian w odniesieniu do Odwołującego oraz tych oferentów, z którymi zgodnie z rozstrzygnięciem postępowania konkursowego nr 17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01 mają zostać zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie będącym przedmiotem postępowania zawarty został w części niniejszej decyzji poświęconej opisowi ankiet i udzielonych odpowiedzi przez wymienionych oferentów.

Wskazać należy, iż przedmiotowa uchwała komisji konkursowej dotyczyła spełnienia warunków rankingujących, a więc takich warunków, których spełnienie nie dyskwalifikuje danego oferenta od udziału w postępowaniu czy późniejszym zawarciu umowy, a jedynie skutkuje nieprzyznaniem dodatkowych punktów w ramach oceny ofert. Zgodnie bowiem z art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy wówczas ofertę odrzuca się. W związku powyższym podjęcie tej uchwały nie naruszało przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Ponadto podjęcie uchwały realizuje wyrażone w orzecznictwie administracyjnym poglądy, zgodnie z którymi w razie pojawienia się jakichkolwiek wewnętrznych rozbieżności pomiędzy treścią oferty a udzielonymi odpowiedziami ankietowymi, za konieczne uznać należy prowadzenie postępowania wyjaśniającego, które pozwalało na ustalenie bezspornego stanu faktycznego i dostosowanie do niego treści udzielonych odpowiedzi ankietowych. Udzielenie błędnie twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.1.1 przez Oferenta Przychodnia Lekarzy Rodzinnych „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy oraz błędnie negatywnej na pytanie 2.1.4 przez Oferenta Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych „Optima”, zostało uznane przez Komisję konkursową jako wynikające z niezrozumienia charakteru pytań rankingujących i nie przypisano im zamiaru zawarcia w ofercie nieprawdziwej informacji

i wprowadzenia tym samym w błąd komisji. Nadto stan faktyczny zgodnie z którym dokonano korekty błędnie udzielonych odpowiedzi został ustalony na podstawie analizy danych z raportów statystyczno – medycznych sprawozdawanych przez oferentów do tutejszego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Wskazać należy, iż sam Odwołujący skorzystał z dobrodziejstwa podjętej uchwały, bowiem błędnie udzielił odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.1.4. W swoich wyjaśnieniach z dnia 23 marca 2017 roku Odwołujący powołał się na trudności interpretacyjne pytań ofertowych, gdyż są sformułowane w sposób niejednoznaczny i uznał prawo Komisji konkursowej do odrzucenia odpowiedzi na to pytanie i wycofanie go w kryteriach uzyskanych punktów rankingujących, bądź dla utrzymania prawidłowości udzielonej odpowiedzi wniósł o wydłużenie czasu pracy jednej z pielęgniarek do wymiaru pełnego etatu. Komisja konkursowa uznała wyjaśnienia Odwołującego co do trudności w interpretacji treści pytania ankietowego i dokonała zmiany odpowiedzi ankietowej na zgodną ze stanem faktycznym wynikającym z oferty. Komisja nie uznała wniosku o dokonanie zmiany godzin pracy wskazanej w wyjaśnieniach pielęgniarki, bowiem w tych okolicznościach stanowiłoby to niedopuszczalną zmianę oferty. Uwzględniając cywilistyczny charakter postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zastosowanie ma tutaj norma art. 70³ § 3 k.c. w myśl której oferta złożona w toku przetargu przestaje wiązać gdy została wybrana inna oferta albo gdy przetarg został zamknięty bez wybrania którejkolwiek z ofert, chyba że w warunkach ofert zastrzeżono inaczej. Zastrzeżenie takie nie zostało dokonane w ogłoszeniu postępowania konkursowego nr 17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01, a zatem było niedopuszczalne.

Zmiana przydzielonych w wyniku podjętej uchwały punktów podmiotom konkurującym z Odwołującym w jednym przypadku skutkowałą odjęciem 3 punktów co nie miało niekorzystnego wpływu na pozycję Odwołującego w rankingu końcowym, wręcz przeciwnie zmniejszyło dystans Odwołującego i oferentów wybranych w rozstrzygnięciu do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W drugim przypadku w wyniku zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe dodane zostały 2 punkty oferentowi Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych „Optima”, aczkolwiek biorąc pod uwagę dzielącą różnicę w ilości punktów uzyskanych w rankingu końcowym wskazanego oferenta i Odwołującego (29 punktów) zmiana ta nie miała istotnego znaczenia na wybór oferentów w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego.

Istotne jest również, iż podjęta uchwała stosowana była względem wszystkich oferentów biorących udział w rozpatrywanym postępowaniu konkursowym.

Nie sposób także zgodzić się ze stanowiskiem Odwołującego o konieczności podania informacji o skutku udzielenia błędnej odpowiedzi na pytanie ankietowe rankingujące do publicznej wiadomości przed składaniem ofert. Działanie takie mogłoby doprowadzić do nadużycia ze strony nieuczciwych konkurentów i chęci wprowadzenia komisji konkursowej w błąd, aby uzyskać jak największą ilość dodatkowych punktów i wysokie miejsce w rankingu końcowym w nadziei, iż błędne odpowiedzi nie zostaną dostrzeżone przez komisję konkursową. Dopiero w toku oceny ofert na podstawie wnikliwej analizy udzielonych odpowiedzi ankietowych, stwierdzonych rozbieżności pomiędzy odpowiedziami a stanem wynikającym z pozostałych elementów oferty, udzielonych wyjaśnień czy danych znanych z urzędu, komisja konkursowa jest w stanie ocenić możliwe przyczyny błędów w odpowiedziach i stwierdzić czy nie zmierzają one do celowego wprowadzenia w błąd. Nie sposób również pominąć, iż podjęcie decyzji o zmianie odpowiedzi na pytania ankietowe i w ślad za tym zmiana przydzielonych punktów w ocenie ofert jest autonomiczną decyzją komisji konkursowej, która z racji zapisu § 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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, wymaga podjęcia stosownej uchwały na zasadach określonych w przywołanym przepisie. Co istotne także, uchwały komisji konkursowej nie tworzyły nowych zasad prawnych, a jedynie dokumentowały sposób postępowania, zgodny zarówno z obowiązującymi normami prawa, jak również ugruntowanym orzecznictwem sądowym.

Powyższe wskazuje, iż zarzut przeprowadzenia postępowania konkursowego w sposób nieobiektywny polegający na stosowaniu przez komisję konkursową niejasnych zasad uznawania odpowiedzi ankietowych, a w konsekwencji niezapewniający uczciwej konkurencji, należy uznać za chybiony.

Odwołujący zwrócił również uwagę na możliwość zmiany ceny przez oferentów, co miało wpływ na otrzymanie dodatkowej punktacji już po złożeniu oferty, co w ocenie odwołującego w odniesieniu do konkursu nie jest procedurą sprawiedliwą i ogranicza dostęp do świadczeń. W tym miejscu wskazać należy, iż w świetle obowiązujących przepisów uzyskanie przez oferenta dodatkowych punktów w wyniku obniżenia pierwotnej propozycji ceny określonej w ofercie w wyniku przeprowadzonych negocjacji nie stanowi naruszenia norm prawnych. Zgodnie z § 15 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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 do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Konsekwencją tego zapisu jest sporządzenie przez komisję konkursową rankingu kwalifikacyjnego w oparciu o zsumowaną liczbę punktów oceny ofert z wyłączeniem kryterium ceny, gdyż końcowa liczba punktów przyznana za to kryterium ulega zmianie wskutek przeprowadzonych negocjacji. Dopuszczalność zmiany ceny w toku prowadzonego postępowania konkursowego przewidział sam ustawodawca w art. 142 ust. 6 Ustawy przyznając komisji konkursowej możliwość przeprowadzenia w części niejawnego konkursu ofert negocjacji z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielane świadczenia. Zatem rozstrzygającym dla wyłonienia oferentów, z którymi zamawiający zamierza podpisać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest ranking końcowy zawierający ostateczną punktację uwzględniającą kryterium ceny ocenianej 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. Wobec powyższego zarzut ten jako nienaruszający norm prawnych należy uznać za chybiony.

Odwołujący podniósł, w jego ocenie, błędne zastosowanie normy wynikającej z art. 134 Ustawy przejawiające się w wyborze ofert podmiotów, których ocena była niepełna, nierzetelna i nieprawidłowa w kontekście zasad jej przeprowadzania. W uzasadnieniu swojego stanowiska doprecyzował na czym polegały owe nieprawidłowości.

Odnosząc się bezpośrednio do zarzutu nierzetelnej weryfikacji przez komisję konkursową oferty Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy w części dotyczącej wykazanego personelu wskazać należy, co następuje.

Za niezasadny należy uznać zarzut nieprzeprowadzenia przez komisję konkursową weryfikacji czasu pracy personelu pod kątem koincydencji z innymi podmiotami, także poza zakresem konkursu. Wyjaśnić należy iż w toku prowadzonego postępowania konkursowego w części jawnej, z możliwością kontynuacji w części niejawnego, komisja konkursowa dokonuje sprawdzenia powtarzalności personelu wykazanego w poszczególnych ofertach w relacji z pozostałymi, a także ustalenia elementów spornych między ofertami oraz łącznego czasu pracy wykazanego w ofertach.

W przypadku, gdy ten sam personel wykazany jest w tym samym czasie pracy, w danym postępowaniu w kilku ofertach bądź ten sam personel wykazany jest, w tym samym czasie pracy,

w różnych postępowaniach – komisja pisemnie informuje oferenta o zaistniałym konflikcie harmonogramów personelu i wzywa do wyjaśnienia elementów spornych poprzez przedstawienie dokumentów potwierdzających prawidłowość złożonej oferty lub zmianę części spornej w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Powyższa weryfikacja harmonogramów czasu pracy personelu dokonywana jest przy pomocy systemu informatycznego oddziału wojewódzkiego. W przypadku gdy oferent nie uzupełni braków wynikających z konfliktu harmonogramów oferta zostaje odrzucona.

W wyniku przeprowadzonej weryfikacji harmonogramów czasu pracy personelu medycznego w postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01 i stwierdzeniu elementów spornych dotyczących oferty Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy oraz Odwołującego, komisja konkursowa w dniu 15 marca 2017r. wezwała oba podmioty do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu przedstawionego w załączniku do wezwania określając termin złożenia wyjaśnień pod rygorem odrzucenia oferty. Elementy sporne harmonogramu czasu pracy personelu dotyczyły trzech pielęgniarek wskazanych do realizacji umowy w ofercie Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy oraz Odwołującego : Pani Katarzyny Zaleskiej, Haliny Kotowskiej oraz Magdaleny Nowak. W odniesieniu do pierwszej elementy sporne czasu pracy dotyczyły ofert złożonych przez obu Oferentów w rozpatrywanym postępowaniu nr 15-17000117/ SPO/14/114.2142.026.04/01, natomiast w odniesieniu do dwóch pozostałych elementy sporne dotyczyły konfliktu harmonogramu czasu pracy wykazanego przez Przychodnię Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy w rozpatrywanym postępowaniu nr 15-17000117/SPO/14/114.2142.026.04/ oraz przez Odwołującego wykazanym do oferty złożonej w innym prowadzonym równocześnie postępowaniu, tj. 15-17000124/SPO/14/114.2142.026.04/01 w zakresie opieki długoterminowej domowej dla powiatu grodzkiego. W konsekwencji wezwania oferent Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy dokonał zmiany czasu pracy wykazanych w ofercie osób, a dokonana ponownie przez komisję konkursową weryfikacja czasu pracy personelu nie wykazała elementów spornych. Odwołujący natomiast potwierdził wykazany w ofercie personel powołując się na złożone przez Panią Katarzynę Zaleską oświadczenie o wyrażeniu gotowości do udzielania świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, jako pracownik Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Puls” dołączonym do oferty. Wskazać należy, iż oferenci złożyli wyjaśnienia w terminie.

Nadto Oferent Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy na wezwanie komisji konkursowej z dnia 5 kwietnia 2017r. okazał dokumenty potwierdzające gotowość wykazanego w ofercie personelu do udzielania świadczeń w odniesieniu do trzech pielęgniarek, których dotyczyły elementy sporne harmonogramu czasu pracy: Haliny Kotowskiej, Magdaleny Nowak, Katarzyny Zaleskiej, w tym oświadczenie Pani Haliny Kotowskiej o gotowości udzielania świadczeń w reprezentowanym podmiocie w ramach przyszłej umowy. Oferent przedstawił nade wszystko aktualnie zawarte umowy cywilnoprawne z wyżej wymienionymi, których przedmiotem jest wykonywanie usługi polegającej na wykonywaniu kompetencji pielęgniarstwa opieki długoterminowej w terminie zgodnym z harmonogramem pracy uzgodnionym z pacjentem wg ustaleń z NFZ zleconodawcy wraz z oświadczeniem o braku wypowiedzenia tych umów. Powyższe wypełnia wymóg określony w § 10 ust. 1 pkt 3 Zarządzenia Prezesa Nr 12/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 lutego 2015 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który wskazuje, iż oferent zobowiązany jest na wezwanie komisji udokumentować gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie. Dokumentem potwierdzającym gotowość udzielania świadczeń

jest bowiem zawarta z oferentem lub podwykonawcą umowa cywilnoprawna, w szczególności umowa o prace lub też pisemne zobowiązanie do zawarcia jednej z ww. umów.

Odnosząc się do oświadczenia złożonego przez Panią Halinę Kotowską, w innym równocześnie prowadzonym postępowaniu nr 15-17-000124/SPO/14/114.2142.026.04/01 w zakresie opieki długoterminowej domowej (powiat grodziski) o wycofaniu podpisanego przez nią oświadczenia dotyczącego współpracy wykonywania usług pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej z Przychodnią Lekarzy Rodzinnych „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy z siedzibą w Opalenicy, należy wskazać, iż dla oceny jego skuteczności zastosowanie znajdują uregulowania zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2017 r., poz. 459). W tym miejscu przywołać należy dyspozycję art. 61 k.c. z której wprost wynika, iż oświadczenie woli, które ma być złożone innej osobie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Co istotne i rozstrzygające dla opisywanego stanu faktycznego, odwołanie takiego oświadczenia jest skuteczne, jeżeli doszło jednocześnie z tym oświadczeniem lub wcześniej. Wskazana zasada dotyczy oświadczenia o odwołaniu składanego jednostronnie, bez zgody drugiej strony. W takim przypadku ograniczony jest moment, do którego możliwe jest odwołanie oświadczenia. Natomiast za zgodą drugiej strony (adresata oświadczenia) można je odwołać również później. Skuteczne jest nie tylko odwołanie oświadczenia woli, jeżeli doszło do adresata jednocześnie z oświadczeniem lub wcześniej, ale także odwołanie późniejsze - za zgodą drugiej strony. Przedmiotowa reguła, mając na względzie interesy adresata oświadczenia, ogranicza zatem czas, w jakim możliwe jest odwołanie oświadczenia woli niezależnie od ewentualnej zgody adresata oświadczenia.

Przenosząc przywoływane regulacje na grunt rozpatrywanej sprawy uznać należało oświadczenie Pani Haliny Kotowskiej o odwołaniu oświadczenia woli o gotowości udzielania świadczeń w ramach przyszłej umowy za bezskuteczne, bowiem zostało ono skierowane bezpośrednio do tutejszego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i dotarło w dniu 6 kwietnia 2017 roku (data wpływu do kancelarii), czyli dzień później po złożeniu oświadczenia o gotowości do współpracy Oferentowi Przychodnia Lekarzy Rodzinnych „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy tj. w dniu 5 kwietnia 2017 roku. Ponadto wskazać należy, iż odwołująca oświadczenie nie przedstawiła zgody adresata pierwotnie złożonego oświadczenia o przyjęciu uchylenia się jej od skutków złożonego oświadczenia.

Odnosząc się do zgłaszanych przez Odwołującego wątpliwości co do spełniania wymogów rozporządzenia w zakresie czasu pracy pielęgniarek Przychodni Lekarzy Rodzinnych „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy dopuszczonych w ofercie i ich spójności z wymaganą dostępnością dla pacjenta wskazać należy, iż zakres ten znajduje swoje odzwierciedlenie w pytaniu ankietowym nr 4.1.1 VIII części formularza ofertowego, na które została udzielona odpowiedź twierdząca, co znajduje potwierdzenie w wykazanym harmonogramie czasu pracy i dostępności do miejsca udzielania świadczeń wykazanego w ofercie.

Ponadto w uzasadnieniu uznania odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.1.4, w której rozpatrywany podmiot udzielił odpowiedzi „co najmniej 25 %” wskazać należy, iż było ono przedmiotem wezwania komisji konkursowej do złożenia wyjaśnień. W wyjaśnieniach z dnia 23.03.2017r. oferent Przychodnia Lekarzy Rodzinnych „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy potwierdził poprawność udzielonej odpowiedzi wskazując, iż zarówno w stosunku ilościowym personelu zatrudnionego w wymiarze 1 etatu jak i udziału godzinowego pracy w stosunku do ogólnej ilości wykazanego personelu i godzin pracy powyższy warunek jest spełniony. Wskazać należy, iż powyższe znajduje potwierdzenie w złożonej ofercie.

W świetle powyższego stwierdzić należy, iż weryfikacja wykazanego w ofertach personelu medycznego oraz jego czasu pracy przebiegała prawidłowo, według tych samych kryteriów oceny i nie zostały naruszone normy prawne określone w tym zakresie.

Kolejny zarzut podniesiony przez Odwołującego, odnoszący się do nieprawidłowości w ocenie ofert dotyczy braku weryfikacji odpowiedzi na pytania ankietowe w zakresie kryterium dostępności (nr 2.1.1 do 2.1.4) udzielonych przez oferenta Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy podczas gdy inne podmioty musiały poza wyjaśnieniami złożyć dokumenty potwierdzające spełnienie warunku, również należy uznać za chybiony. Zgodnie z wcześniej wskazanymi w niniejszej decyzji uchwałami komisji konkursowej z dnia 4 kwietnia 2017 roku weryfikacja poprawności odpowiedzi udzielonych w ankietach ofertowych na wskazane pytania została dokonana na podstawie analiz komisji, których podstawą były dane przekazywane przez świadczeniodawców w raportach statystyczno – medycznych do tutejszego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Żaden z oferentów uczestniczący w rozpatrywanym postępowaniu nie był wzywany do złożenia wyjaśnień w zakresie pytań ankietowych nr 2.1.1 do 2.1.4, a tym samym do przedłożenia dokumentów potwierdzających poprawność udzielonych odpowiedzi. W odniesieniu do oferty Przychodni Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy Komisja konkursowa po przeprowadzeniu przedmiotowej analizy dokonała zmiany odpowiedzi na pytanie 2.1.1 z twierdzącej na NIE co skutkowało utratą dodatkowych punktów rankingujących. W odniesieniu do oferty „OPTIMA” Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach Spółka Partnerska komisja konkursowa po przeprowadzeniu weryfikacji udzielonych odpowiedzi w ankiecie dokonała zmiany odpowiedzi na pytanie 2.1.4 z NIE na twierdzącą przyznając w ten sposób dodatkowe punkty rankingujące. Skutek tych zmian na pozycję oferty Odwołującego został przedstawiony przy omawianiu zarzuty podniesionego przez Odwołującego o braku transparentności zasad uznawania przez komisję konkursową odpowiedzi ankietowych.

Odnosząc się do zarzutu wprowadzenia w błąd oferentów co do możliwości spełniania warunku zapewnienia ciągłości umów dla świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych przez okres 10 lat w odniesieniu do podmiotów z terenu wielkopolski i w konsekwencji nieprawidłowej weryfikacji odpowiedzi na pytanie ankietowe 3.1.3 zawarte w VIII części formularza ofertowego oraz błędnej interpretacji ocenianego warunku ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, należy stwierdzić co następuje.

Jak opisano we wcześniejszej części niniejszej decyzji w dniu 03 lutego 2017 roku WOW NFZ umieścił na swojej stronie internetowej komunikat dotyczący kryteriów wyboru ofert, w którym wyjaśnił zasady weryfikacji poszczególnych pytań ankietowych części VIII formularza ofertowego w tym dotyczących kryterium ciągłości 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 w których oferenci deklarowali odpowiednio, 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,
- 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 5 lat,

— 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 10 lat.

Zgodnie z treścią przywołanego komunikatu powyższe kryteria premią tych oferentów, którzy według stanu na dzień złożenia oferty realizują na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie. Dodatkowe punkty otrzyma oferent, który na dzień złożenia oferty realizuje taką umowę nieprzerwanie od 5 albo 10 lat. Przepis należy stosować w jego literalnym brzmieniu.

Wskazać należy, iż z racji bycia przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ stroną umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego będącej przedmiotem postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01, weryfikacja odpowiedzi na powyższe pytania, przeprowadzona była przez komisję konkursową na podstawie informacji znanych jej z urzędu i nie była przedmiotem dodatkowych wyjaśnień ze strony oferentów konkurujących do zawarcia umowy. Analiza udzielonych odpowiedzi wskazuje, iż 10 - letni nieprzerwany okres realizacji umowy wskazał jeden oferent Dariusz Chłopek, a 5 - letni nieprzerwany okres wskazało dwóch oferentów: Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i Partnerzy, oraz „Optima” Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach spółka partnerska. Odwołujący na wskazane pytania udzielił odpowiedzi – żadne z powyższych, co wobec braku wcześniejszej realizacji umowy w zakresie stanowiącym przedmiot rozpatrywanego postępowania w ramach obszaru, którego dotyczy, było właściwe. Podkreślić należy, iż wskazane przez pozostałych oferentów okresy realizacji umów są zgodne z informacjami, które posiada tutejszy oddział wojewódzki NFZ.

Odnosząc się do kwestii związanych z pytaniem ankietowym 3.1.1 VIII części formularza ofertowego, w którym oferenci deklarowali posiadanie ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, w tym miejscu również odesłać należy do informacji zawartych w komunikacie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z dnia 3 lutego 2017 roku. Treść jego wskazuje wprost na spełnienie ww. kryterium, jeżeli Oferent zawarł co najmniej jedną umowę o współpracę ze świadczeniodawcą, który realizuje na podstawie umowy z NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz udziela ich na terenie obszaru, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa, i może przedłożyć, na wezwanie komisji konkursowej, kopię tej umowy, potwierdzonej za zgodność z oryginałem.

Nadto Odwołujący kwestionuje odniesienie posiadania umowy, o której mowa wyżej do szpitala położonego na obszarze działania oferenta. Jak wcześniej już stwierdzono zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem zasadne jest oczekiwanie zamawiającego, że spełnienie opisanego wyżej warunku będzie dotyczyć właśnie tego obszaru. Celem wskazania w ogłoszeniu zamawiającego obszaru terytorialnego było bowiem zabezpieczenie dostępu do świadczeń w zakresie świadczeń pielęgniarstwa długoterminowego domowego świadczeniobiorcom w tym konkretnych rejonie województwa wielkopolskiego. Przyjęcie innych założeń i akceptacja umowy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego z innego obszaru terytorialnego jako jedynej posiadanej przez oferenta umowy o współpracy w zabezpieczeniu ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji mogło by skutkować brakiem realności realizacji takiej umowy, a w konsekwencji nieosiągnięciem celu jakim jest dla płatnika zabezpieczenie dostępności

do świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazać należy, iż powyższy wymóg dla uznania spełnienia tego warunku dotyczy co najmniej jednej umowy, a więc oferent może posiadać poza tą jedną inne umowy. Co istotne Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ ogłosił postępowania konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej w podziale na obszary obejmujące powiaty i miasta na prawach powiatu województwa wielkopolskiego. Postępowania toczyły się jednocześnie i miały na celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń na obszarze całego województwa w podziale terytorialnym jednostki organizacyjnej jakim jest powiat.

Ponadto Odwołujący wskazuje, iż opiekę pohospitalizacyjną można zapewnić nie tylko współpracując ze szpitalem, ale także z lekarzem rodzinnym. Należy zgodzić się z Odwołującym co do możliwości sprawowania opieki nad pacjentem po zakończeniu przez niego pobytu w szpitalu poprzez współpracę z lekarzem rodzinnym, aczkolwiek nie sposób pominąć, iż wymóg określony w pytaniu ankietowym dotyczy zapewnienia ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, co należy rozumieć literalnie.

Ponownego podkreślenia w tym miejscu wymaga fakt, iż wskazany komunikat WOW NFZ został opublikowany równocześnie z ogłoszeniem postępowania konkursowego nr 17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01, co pozwalało zainteresowanym na zapoznanie się z jego treścią przed przygotowaniem i złożeniem ofert. Wskazać należy również na cel jego publikacji, którym było wyjaśnienie i ujednolicenie rozumienia mogących budzić wątpliwości oferentów sformułowania pytań ankietowych odnoszących się do rankingujących kryteriów oceny ofert. Odpowiadając na te pytania oferent mógł uzyskać dodatkowe punkty co miało bezpośredni wpływ na ogólną ocenę oferty i miejsce w rankingu końcowym, decydującym o wyborze przez zamawiającego najkorzystniejszej oferty.

Istotna z punktu widzenia zarzutów stawianych przez odwołującego jest niezmiennność stanowiska komisji konkursowej w zakresie przedstawionych w komunikacie informacji przez cały okres trwania procedury konkursowej i stosowanie określonych w nim zasad wobec wszystkich oferentów omawianego postępowania.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego stosowania przez komisję konkursową niejasnych zasad ustalania propozycji punktów i wartości kontraktu w kontekście uzyskanej punktacji z oceny ofert i aktualnej wartości umów oferentów wybranych w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01 do zawarcia umowy, należy stwierdzić co następuje.

Proponowana przez komisję konkursową ilość punktów i wartość przyszłej umowy jest wypadkową wielu czynników w tym również ustaleń dokonywanych w trakcie negocjacji. Dokonywana przez komisję konkursową weryfikacja ofert w części niejawnego postępowania konkursowego w zakresie liczby i ceny oferowanych świadczeń prowadzona jest w oparciu o dane dotyczące pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu, wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym, przesunięć pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń. Nie sposób pominąć istotnego elementu wyznaczającego granice możliwości prowadzonych negocjacji wynikających z możliwości finansowych zamawiającego, określonych w planie finansowym każdego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu i kwoty zamówienia określonej w ogłoszeniu.

Zauważyć przyjdzie, że ustawodawca przewidział pewną swobodę zlecniodawcy w ustalaniu propozycji do negocjacji oraz ostatecznego podziału środków finansowych dopuszczając możliwość prowadzenia negocjacji co do wartości kontraktu, zwłaszcza gdy oferenci zakwalifikowani do części

niejawnej postępowania składają oferty na sumę większą niż wartość zamówienia, tak jak miało to miejsce w spornym postępowaniu konkursowym.

Podkreślić trzeba, że przygotowanie propozycji do negocjacji z kontrahentem jest czymś innym, niż ocena oferty według ustalonych kryteriów, która ma wpływ na miejsce w rankingu końcowym. Ustalona wartość kontraktu jest natomiast wynikiem przeprowadzonych negocjacji, w ramach których strony uzgodniły liczbę i cenę planowanych do wykonania świadczeń. Skoro oferenci zaproszeni do negocjacji podpisali zbieżny protokół końcowy bez zastrzeżeń i zaakceptowali jego ustalenia, to w działaniu komisji konkursowej nie można dopatrzeć się uchybień czy naruszenia norm prawnych mogących prowadzić do naruszenia zasady równości i uczciwej konkurencji. O wadliwości negocjacji nie może też świadczyć brak wiedzy Odwołującego o tym, jakie warunki kontraktów Komisja negocjowała z innymi oferentami. Negocjacje prowadzone w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są bowiem prowadzone w części niejawniej konkursu ofert i mają charakter dwustronny, a ich celem jest osiągnięcie porozumienia odpowiadającego interesom i celom podmiotów bezpośrednio negocjujących.

Ponadto do naruszenia interesu prawnego Odwołującego nie mogło dojść również z tego względu, iż jak wskazano w niniejszej decyzji Odwołujący nie został wybrany z powodu uzyskania zbyt niskiej ilości punktów w ocenie złożonej oferty co uplasowało go na ostatniej czwartej pozycji w rankingu końcowym, który stanowił podstawę do wyboru oferentów do zawarcia przyszłej umowy przy uwzględnieniu wskazanej w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym liczbie trzech umów, które zamierza zawrzeć zamawiający. Z tego też względu stawiane zarzuty w powyższym zakresie pozostają bez związku na pozycję Odwołującego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01 o zawarcie umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w ramach opieki długoterminowej domowej. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie.

Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków. Uwzględniając wskazanie w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 3 lutego 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu w/w postępowania zawrze trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, brak jest podstaw dla wybrania oferty Odwołującego jako oferty, która uzyskała najniższą punktację spośród złożonych w postępowaniu nr 15-17-000117/SPO/14/114.2142.026.04/01.

Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i 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 6 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. Dariusz Chłopek ul. Sienkiewicza 39, 64 360 Zbąszyń – 1 egz.,
3. Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów „Hipokrates” Barbara Szymańska i partnerzy, Ul. Powstańców WLKP. 1A, 64-330 Opalenica – 1 egz.,
4. „Optima” Praktyka Pielęgniarek Rodzinnych G. Bujakowska, A. Kardach spółka partnerska, Ul. Na Kępie 7A/, 64-360 Zbąszyń – 1 egz.,
5. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Agnieszka Burwiel – WOW NFZ

