

Poznań, dnia 12 maja 2017 r.

WO-DP.422.13.2017

DECYZJA NR 13/2017/10

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 15-17-000096/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 pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, wniesionego przez Ewę Goździewicz z siedzibą w Kaliszu, Główny Rynek 8/5, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 3 lutego 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000096/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 pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej 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 272.945,92 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 cztery.

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.

Dnia 24 kwietnia 2017 roku (data nadania w Urzędzie Pocztowym 21 kwietnia 2017 roku) do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Ewę Goździewicz z siedzibą w Kaliszu przy ul. Główny Rynek 8/5, zwaną dalej „Odwołującą”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000096/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 pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, Odwołująca zarzuca komisji konkursowej przeprowadzenie konkursu ofert i jego rozstrzygnięcie z naruszeniem art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy tj. z naruszeniem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz pominięciem zasady uczciwej konkurencji. W uzasadnieniu Odwołująca podnosi, iż:

- świadczy pielęgniarstwą opiekę długoterminową na terenie subregionu kaliskiego, obejmującego również powiat pleszewski, nieprzerwanie od 2010 roku na podstawie zawartej umowy z WOW NFZ nr 150008159/14/1/0122/0/12/16, w tym także dla pacjentów zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie ul. Jana Pawła II 5. Dowodem na to jest przedstawione w trakcie postępowania konkursowego potwierdzenie realizacji świadczeń nieprzerwanie od 2010 roku wystawione przez Dyrektora DPS w Pleszewie, jak również wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez Wojewodę Wielkopolskiego, gdzie w Dziale III pod liczbą porządkową 7 widnieje wpis komórki organizacyjnej w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej pod adresem ul. Plac Wolności im Jana Pawła II 5 w Pleszewie od 24 października 2011 roku.

- w ofercie wykazano: personel o najwyższych kwalifikacjach w tym 25 % w wymiarze równoważnika 1 etatu, posiadanie certyfikatu ISO 9001, zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom pomiędzy hospitalizacjami, udział 10 % świadczeniobiorców z oceną 0 oraz 20% z oceną 5-15 w skali Barthel w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie,
- została zaproszona do negocjacji cenowych, co zostało przez nią uznane za pozytywną kwalifikację w rankingu obejmującym jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość, a podpisanie protokołu końcowego z ustaleniem jednostkowej ceny świadczenia w wysokości 27,07 zł dodatkowo pozwoliło na uzyskanie maksymalnej ilości 5 pkt w ocenie oferty.
- niewybranie jej podmiotu do realizacji świadczeń w przedmiotowym zakresie spowoduje ustanie ciągłości świadczeń gwarantowanych dla pacjentów pozostających dotychczas pod jej opieką.

Ponadto Odwołująca kwestionując prawidłowość oceny ofert przez komisję konkursową zarzuca błędne zastosowanie kryteriów oceny ofert w odniesieniu do ofert złożonych przez podmioty konkurujące w kontekście 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.

Odwołująca wnosi o:

- unieważnienie rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej na terenie powiatu pleszewskiego kod postępowania 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01,
- ponowne przeprowadzenie rankingu ofert ww. postępowania,
- dołączenie do akt postępowania administracyjnego, wywołanego wniesionym odwołaniem, akt postępowania ofertowych pozostałych oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, którego dotyczy odwołanie.

Do odwołania zostały załączone: wydruk z księgi rejestrowej, porozumienie zawarte w dniu 30.12.2011 roku w Pleszewie pomiędzy NZSiPOZ SALUS z siedzibą w Kaliszu przy Głównym Rynku 8/5 a Domem Pomocy Społecznej w Pleszewie wraz z aneksem nr 1, potwierdzenie realizacji świadczeń w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej wystawione przez dyrektora Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie, oświadczenie Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie o gotowości dalszej współpracy z Odwołującą, protokół końcowy z negocjacji z dnia 11.04.2017 r., zaproszenie na negocjacje z dnia 10.04.2017 r.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą, pismami z dnia 25 kwietnia 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującą oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000096/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. Żadna ze stron nie skorzystała z powyższych uprawnień. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 12 maja 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującą odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 roku postępowania numer 15-17-000096/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 długoterminowej domowej, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującą w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000096/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 15-17-000096/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 długoterminowej domowej oferty złożyło 5 podmiotów, tj. Odwołująca oraz:

- Barbara Łodziak, Adrian Łodziak, (63-330) Zielona Łąka, ul. Rzymska 26,
- „OPIEKUN” Barbara Podgórna, Krzysztof Miedziński sp. j., (64-100) Leszno, ul. 55 Pułku Piechoty 34,
- Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o., (63-300) Pleszew, ul. Poznańska 125a,
- Grzegorz Świdorski, Anna Kempieńska, Małgorzata Szymczak, Zofia Burakowska, Aniela Nowicka, (63-300) Pleszew, ul. Targowa 1.

Postępowanie nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie 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.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania nie odrzuciła żadnej ze złożonych ofert.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, wszystkie złożone oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkowało jednak dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalało 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 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 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. 31lc 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 15-17-000096/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 w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej wskazano oferentów:

- Barbara Łodziak, Adrian Łodziak, (63-330) Zielona Łąka, ul. Rzymska 26,
- „OPIEKUN” Barbara Podgórna, Krzysztof Miedziński sp. j., (64-100) Leszno, ul. 55 Pułku Piechoty 34,
- Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o., (63-300) Pleszew, ul. Poznańska 125a,
- Grzegorz Świdorski, Anna Kempieńska, Małgorzata Szymczak, Zofia Burakowska, Aniela Nowicka, (63-300) Pleszew, ul. Targowa 1.

Oferta złożona przez Odwołującą nie została wybrana. Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującej z powodu wyczerpania maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania po wyborze ofert, które uzyskały największą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. Przy czym jako maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy rozumieć maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000096/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
Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.	5	19	52	6	82	TAK
Grzegorz Świdorski Anna Kempieńska Małgorzata Szymczak Zofia Burakowska Aniela Nowicka	5	10	60	6	81	TAK
„OPIEKUN” Barbara Podgórna, Krzysztof Miedziński Sp. j.	2,5	10	60	6	78,5	TAK
Barbara Łodziak Adrian Łodziak	4,2287	10	40	9	63,22	TAK
Ewa Goździewicz	5	0	52	6	63	NIE

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty złożonej przez Odwołującą, gdyż liczba punktów jakie uzyskała jej oferta w toku oceny była mniejsza

w stosunku do ofert, które zostały wybrane w trakcie prowadzonego postępowania i które wyczerpały maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000096/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 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 to 63,22 pkt. I właśnie oferenci, których oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę oceny co najmniej 63,22 pkt, zostali wskazani jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki 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 zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki 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 opieki 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 w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz 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 15-17-000096/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 opieki długoterminowej domowej i uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi.

1. Oferent Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o.:

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,
- nie zadeklarował zapewnienia 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 nie otrzymał 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,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkt,
- 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 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,
- 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,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 % , za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował udział świadczeniobiorców z oceną 5- 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego 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. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o. o. ostatecznie zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 27,07 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

2. Oferent Grzegorz Świdorski, Anna Kempieńska, Małgorzata Szymczak, Zofia Burakowska, Aniela Nowicka s.c.

w zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, 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, 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 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 pielęgniarskiej 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 pielęgniarskiej 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,
- 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 posiadanie 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 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,
- 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,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 % , za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował udział świadczeniobiorców z oceną 5 - 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego 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. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent Grzegorz Świdorski, Anna Kempieńska, Małgorzata Szymczak, Zofia Burakowska, Aniela Nowicka s.c. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 27,07 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

3. Oferent „OPIEKUN”, Barbara Podgórna, Krzysztof Miedziński sp. j.

w zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, 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, 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:

- nie 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, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na TAK, co wiązało się z przyznaniem 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,
- nie 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 TAK, co wiązało się z przyznaniem 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 zapewnienia⁰ 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,
- 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,
- zadeklarował udział 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. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent „OPIEKUN”, Barbara Podgórna, Krzysztof Miedziński sp. j. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 30,08 zł, za co otrzymał 2,5 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

4. Oferent „Barbara Łodziak, Adrian Łodziak s.c.

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował ustalone zasady współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem 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, 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 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 pielęgniarskiej 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 pielęgniarskiej 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,

- 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:

- 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 decyzją 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 udział 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 udział 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 Barbara Łodziak, Adrian Łodziak s.c. zaoferował ostatecznie cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 28,00 zł, za co otrzymał 4,2287 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

5. Oferta złożona przez Odwołującą uzyskała następującą ocenę:

w zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarowała ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, za co nie otrzymała punktów,
- zadeklarowała, 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, **przy czym w świetle przeprowadzonej analizy danych pozostających w posiadaniu WOW NFZ zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów,**
- zadeklarowała, 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, **przy czym w świetle przeprowadzonej analizy danych pozostających w posiadaniu WOW NFZ zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów,**
- nie zadeklarowała, 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 otrzymała punktów.

w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarowała 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej - za co otrzymała 20 punktów,

- zadeklarowała pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej – za co otrzymała 10 pkt,
- zadeklarowała 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 otrzymała 10 punktów,
- nie zadeklarowała co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, za co nie otrzymała punktów,
- zadeklarowała co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymała 10 punktów,
- zadeklarowała posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymała 2 punkty,
- nie zadeklarowała udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała 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 zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała 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 zadeklarowała stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

w zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarowała 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 otrzymała punktów,
- zadeklarowała 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 **przy czym w świetle udzielonych przez Odwołującą dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów,**
- zadeklarowała 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 otrzymała 3 punkty,
- zadeklarowała 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 otrzymała 3 punkty;

w zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarowała 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 otrzymała punktów,

W zakresie kryterium ceny Odwołująca ostatecznie zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 27,07 zł, za co otrzymała 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.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującą odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000096/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 pielęgniarstwie długoterminowej domowej wskazać należy, co następuje.

Zaznaczyć należy na wstępie, iż w dniu 4 kwietnia 2017 r. komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000096/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 15-17-000096/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 komisję konkursową 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 Odwołującą punktów oceny oferty wynosiła 63 pkt, podczas gdy ostatnia z wybranych ofert złożonych przez oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki

Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze 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 63,22 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 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 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 ww. postępowania zawrze cztery umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż cztery 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 liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania 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 Odwołująca otrzymała za wszystkie wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali oferenci wybrani w rankingu ofert. Wybranie oferty Odwołującej spowodowałoby przekroczenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania, 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.

W odniesieniu do argumentacji podniesionej przez Odwołującą dotyczącej realizacji świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej na terenie subregionu kaliskiego, obejmującego również powiat pleszewski, nieprzerwanie od 2010 roku na podstawie zawartej umowy z WOW NFZ nr 150008159/14/1/0122/0/12/16, w tym także dla pacjentów zamieszkujących Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie ul. Jana Pawła II 5 oraz posiadania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego, gdzie w Dziale III pod liczbą porządkową 7 widnieje wpis komórki organizacyjnej w zakresie pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej pod adresem ul. Plac Wolności im Jana Pawła II 5 w Pleszewie od 24 października 2011 roku, wskazać należy co następuje.

Zgodnie z przywołanym wcześniej 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. Ogłoszenie o postępowaniu konkursowym z dnia 3 lutego 2017 roku nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 wskazuje obszar zamówienia: powiat

pleszewski, co jest zgodne z przyjętą przez Dyrektora WOW NFZ zasadą, iż postępowania konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej mają na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń na obszarze województwa w podziale terytorialnym na powiaty.

Co istotne przywołana przez Odwołującą umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 150008159/14/1/0122/0/12/16, swym zakresem odpowiadająca przedmiotowi zamówienia, wskazuje miejsce udzielania świadczeń pod adresem Kalisz, ul. Zagorzynek 34, a zatem wykracza poza obszar terytorialny zamówienia. W tym stanie faktycznym nie można było uznać, aby realizacja wskazanej umowy mogła stanowić podstawę do uznania udzielonych przez Odwołującą odpowiedzi na pytania ankietowe 3.1.2 oraz 3.1.3. Stwierdzić należy, iż słusznie komisja konkursowa, w oparciu o podjętą uchwałę z dnia 4 kwietnia 2017 r. dokonała zmiany udzielonych odpowiedzi na ww. pytania ankietowe dotyczące kryterium ciągłości, w których Odwołująca zadeklarowała, że:

- realizację w dniu złożenia ofert na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, co skutkowało utratą 5 punktów,
- realizuje w dniu złożenia oferty na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, co skutkowało utratą 5 punktów.

W związku z powyższym Odwołująca nie uzyskała żadnych punktów z możliwych 19 punktów do uzyskania pod względem kryterium ciągłości.

W tym miejscu wskazać należy, iż bez znaczenia pozostaje fakt posiadania wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego komórki organizacyjnej w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej pod adresem Plac Wolności im. Jana Pawła II 5 w Pleszewie od 24 października 2011 roku, co podnosi Odwołująca, bowiem wskazane wyżej dwa pytania ankietowe odnoszą się do udzielania świadczeń w ramach danego zakresu świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i obszaru, którego postępowanie dotyczy. Zgodnie z treścią przywołanego w niniejszej decyzji komunikatu powyższe kryteria premiują 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 w tym wypadku od 5 lat. Przepis należy stosować w jego literalnym brzmieniu. Powyższe miejsce udzielania świadczeń wskazane w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Wielkopolskiego nie było wskazane do umowy na którą Odwołująca się powołuje.

Odnosząc się do kolejnych argumentów przytoczonych w odwołaniu dotyczących wysokich kwalifikacji personelu wykazanego w ofercie do realizacji świadczeń oraz posiadania certyfikatu ISO 9001 wskazać należy, iż w odpowiedzi na pytania 1.1.3 oraz 1.3.1 formularza ofertowego Odwołująca zadeklarowała:

- 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 otrzymała 10 punktów,
- posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymała 2 punkty.

Wskazać należy, iż przyznane punkty są zgodne z liczbą punktów wskazanych w 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”. Przy czym zaznaczyć należy, iż w odniesieniu do pierwszego z dwóch wyżej wskazanych pytań możliwe było uzyskanie 10 pkt przy zapewnieniu pielęgniarki z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 50 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

Odwołująca uzyskała 52 punkty z możliwych 62 punktów do uzyskania pod względem kryterium jakości.

Odnosząc się z kolei do argumentów Odwołującej dotyczących kryterium dostępności, w ramach którego zadeklarowała:

- zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc w którym ogłoszono postępowanie,

wskazać należy, iż komisja konkursowa w oparciu o przywołaną w niniejszej decyzji uchwałę z dnia 4 kwietnia 2017 r., dokonała zmiany odpowiedzi ankietowej z twierdzącej na „NIE”. Twierdząca odpowiedź nie znajdowała potwierdzenia w dokonanej przez komisję konkursową analizie raportów statystyczno – medycznych, której wynik wskazywał, iż oferent nie wykazał żadnego pacjenta objętego hospitalizacją w analizowanym okresie (tj. od 01.12.2015 r. do 30.11.2016 r.).

W udzielonych wyjaśnieniach na wezwanie komisji konkursowej z dnia 3 kwietnia 2017 r. Odwołująca potwierdziła poprawność udzielonej odpowiedzi, na dowód czego załączyła dokumentację medyczną trzech pacjentów. Jednak po zweryfikowaniu przesłanych wyjaśnień komisja konkursowa nie uznała udzielonej twierdzącej odpowiedzi, bowiem przesłana dokumentacja medyczna dotyczyła pacjentów pozostających pod opieką Odwołującej, ale w ramach realizacji świadczeń w miejscu aktualnie objętym umową, tj. w Kaliszu, ul. Zagorzynek 34, a nie miejscu udzielania świadczeń pod adresem Plac Wolności im. Jana Pawła II 5 w Pleszewie, które wskazano w ofercie. Powyższe skutkowało odjęciem 3 punktów.

Kontynuując analizę argumentów przytoczonych w odwołaniu odnoszących się do zapewnienia przez Odwołującą:

- udziału świadczeniobiorców z oceną 0 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 postępowaniem – co najmniej 10 % ,
- 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 postępowaniem – co najmniej 20%,

wskazać należy, iż komisja konkursowa uznała wyjaśnienia Odwołującej z dnia 29.03.2017 r., złożone w toku prowadzonego postępowania konkursowego, a tym samym utrzymała przyznane punkty w dokonanej ocenie oferty w tym zakresie.

W tym miejscu wskazać należy, iż działanie komisji konkursowej nie było wolne od nieprawidłowości. Przedłożona bowiem przez Odwołującą dokumentacja medyczna mająca

potwierdzić zasadność udzielonych odpowiedzi również dotyczyła świadczeniobiorców objętych opieką w ramach realizacji umowy w innym niż wskazano w ofercie miejscu udzielania świadczeń. Trzeba jednak ocenić, czy nieprawidłowość ta miała charakter naruszenia zasady postępowania konkursowego, prowadzącego do uszczerbku interesu prawnego Odwołującej. Przywołując w tym miejscu wskazane w uchwałach komisji konkursowej z dnia 4 kwietnia 2017 r. zasady dokonywania weryfikacji odpowiedzi udzielonych przez oferentów na pytania ankietowe, bezsporne jest, iż komisja konkursowa błędnie przyznała Odwołującej łącznie 6 punktów w ocenie oferty w zakresie kryterium dostępności, a tym samym doszło do naruszenia zasad oceny ofert. Stwierdzona nieprawidłowość w działaniu komisji konkursowej pozostaje bez zmian na pozycję Odwołującej, bowiem gdyby komisja konkursowa nie naruszyła wspomnianej zasady weryfikacji odpowiedzi ankietowych, oferta Odwołującej winna otrzymać 0 punktów w zakresie kryterium dostępność, co w efekcie prowadziłoby do znaczącego obniżenia ostatecznej oceny oferty Odwołującej, która w rankingu końcowym wynosiłaby 57 pkt (a nie 63 pkt). Zmiana przydzielonych punktów skutkowałaby zwiększeniem dystansu Odwołującej i oferentów wybranych w rozstrzygnięciu do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Odwołująca nadal zajmowałaby ostatnie piąte miejsce w rankingu.

Reasumując należy stwierdzić, że postępowanie komisji konkursowej w powyżej opisanym zakresie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, nie doprowadziło do uszczerbku interesu prawnego odwołującej.

Odnosząc się do kolejnego argumentu Odwołującej zgodnie, z którym zaproszenie na negocjacje cenowe uznane zostało za pozytywną kwalifikację w rankingu jakości, kompleksowość, dostępność, ciągłość, a zakończenie negocjacji podpisaniem protokołu końcowego z ustaleniem jednostkowej ceny świadczenia w wysokości 27,07 zł pozwalało na uzyskanie maksymalnej ilości 5 pkt w ocenie oferty, wskazać należy, co następuje.

Kryterium kompleksowości zgodnie z załącznikiem 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 z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie zostało wskazane jako kryterium podlegającego ocenie w zakresie świadczeń będących przedmiotem rozpatrywanego postępowania.

Nadto wskazać należy, iż protokół końcowy z negocjacji zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Bezpośrednim celem prowadzonych negocjacji, zwłaszcza zaś ich rezultatem, nie jest zawarcie umowy ze świadczeniodawcą. Celem negocjacji nie jest bowiem ustalenie essentialia negotii umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz ostateczne ustalenia dwóch niezbędnych składników oferty zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej spośród złożonych ofert, której wyboru ostatecznie dokonuje komisja.

Wskazać należy, iż Odwołujący w wyniku ustaleń poczynionych w drodze negocjacji uzyskała maksymalną ilość punktów za kryterium cenowe (5 punktów) to jednak w ostatecznym rankingu ofert zajęła ostatnie piąte miejsce, o czym przeważały uzyskane punkty za ocenę w pozostałych kryteriach oceny ofert, jak również uzyskane punkty z oceny ofert przez konkurujące podmioty.

W przedmiocie podnoszonej kwestii ustania ciągłości udzielania świadczeń gwarantowanych dla pacjentów pozostających pod opieką Odwołującej w związku z jej niewybraniem do realizacji świadczeń w rozstrzygniętym postępowaniu nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 uznać

należy, iż taka argumentacja nie znajduje uzasadnienia. Wykazane przez Odwołującą w ofercie złożonej w rozpatrywanym postępowaniu, miejsce udzielania świadczeń pod adresem w Pleszewie, Plac Wolności im Jana Pawła II 5 nie było dotąd objęte przedmiotem umowy realizowanej przez Odwołującą. Zatem już sam fakt wykazania w ofercie nowego miejsca udzielania świadczeń przemawia za tym, iż nie można mówić o braku ciągłości udzielania świadczeń. Należy zauważyć, iż Odwołująca może realizować świadczenia na rzecz pacjentów objętych jej opieką w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, a więc odpowiadającemu przedmiotowi postępowania nr 15-17000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w dotychczasowym miejscu udzielania świadczeń tj. w Kaliszu. Zaznaczyć należy, iż realizacja świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla miasta Kalisz (na prawach powiatu) było przedmiotem postępowania konkursowego nr 15-17000092/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 toczącego się równocześnie z rozpatrywanym postępowaniem, w którym Odwołująca uczestniczyła.

Odnosząc się do zarzutu prowadzenia i rozstrzygnięcia 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.

Zasada równego traktowania świadczeniodawców może przejawiać się w różnych aspektach, natomiast przejawem jej realizacji jest stosowanie takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu. Wyrazem tego 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 11-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

Stwierdzić należy, iż każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-17-000096/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 podlegała identycznym kryteriom oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie

wiedze o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków.

Nadto, z wyjątkiem opisanej w niniejszej decyzji nieprawidłowości w postępowaniu komisji konkursowej do wszystkich złożonych w toku postępowania konkursowego ofert miały zastosowanie te same zasady określone w dwóch Uchwałach z Posiedzenia Komisji Konkursowej z dnia 04 kwietnia 2017 roku o wprowadzeniu zmian w odpowiedziach ankietowych ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania oraz zasadach weryfikacji udzielonych przez oferentów odpowiedzi na pytania w zakresie kryterium dostępności (2.1.3, 2.1.4 i 2.1.2), co znajduje odzwierciedlenie w niniejszej decyzji w części omawiającej odpowiedzi oferentów na pytania ankietowe dotyczące kryteriów oceny ofert. Raz jeszcze należy podkreślić, iż stwierdzona w toku postępowania odwoławczego nieprawidłowość działania komisji konkursowej nie naruszyła interesu prawnego Odwołującej, bowiem jej pozycja w rankingu końcowym nie uległaby zmianie i nadal zajmowałaby ostatnie piąte miejsce.

Co istotne także, uchwały komisji konkursowej nie tworzyły nowych zasad prawnych, a jedynie dokumentowały sposób postępowania, zgodny zarówno z obowiązującymi normami prawa, jak również z ugruntowanym orzecznictwem sądowym.

Wyliczenia punktacji, stanowiące sumę wszystkich uzyskanych punktów, dokonano po weryfikacji ofert. Efektem powyższego wyliczenia był dokument „Ranking końcowy”, w którym Odwołująca, z uwagi na najmniejszą ilość punktów, zajęła ostatnie miejsce. Ranking ten utworzono na podstawie odpowiedzi udzielonych przez Oferentów, które podlegały weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową w formularzach ofertowych, których brzmienia nie kształtuje komisja konkursowa. Formularze ofertowe są bowiem jednolite w skali kraju, opracowywane w Centrali NFZ i są odwzorowaniem kryteriów oceny ofert, w danych zakresach świadczeń, zdefiniowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.), i importowane do systemów informatycznych OW Funduszu do jednolitego zastosowania. Jest to typowy przykład realizacji postulatu jednolitego i równego traktowania oferentów w postępowaniach konkursowych. Odpowiedzi udzielone w ofertach zostały zweryfikowane przez komisje w możliwy dostępny sposób, m. in. przez wezwanie Oferentów do wyjaśnienia elementów spornych (np. w przypadku odpowiedzi ankietowych na TAK, które nie znajdowały potwierdzenia w ofercie), analiz dla których podstawą były dane z raportów statystyczno – medycznych przekazywane przez świadczeniodawców do tutejszego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ze zrealizowanych świadczeń w ramach posiadanych umów.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że w trakcie prowadzonego postępowania nr 15-17-000096/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 długoterminowej domowej doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej 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 7 egzemplarzach:

1. Odwołująca – 1 egz.,
2. Barbara Łodziak, Adrian Łodziak s.c. – 1 egz.,
3. „OPIEKUN” Barbara Podgórna, Krzysztof Miedziński Sp. j. – 1 egz.,
4. Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie sp. z o.o. – 1 egz.,
5. Grzegorz Świderski, Anna Kempieńska, Małgorzata Szymczak, Zofia Burakowska, Aniela Nowicka s.c. – 1 egz.,
6. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Agnieszka Burwiel – WOW NFZ

