NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia
Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu

Poznań, dnia 12 maja 2017 roku

6/MB

DECYZJA NR 14/2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm., zwanej dalej: „Ustawą") 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 21 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000103/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, wniesionego przez Bogumiłę Feliniak, Ewę Jaworską, Bożenę Kiszewską, działające w ramach spółki cywilnej: Zakład Opiekuńczo – Leczniczy s.c. Bogumiła Feliniak, Ewa Jaworska, Bożena Kiszewska, ul. Poduchowne 1, 62 – 700 Turek, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy 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 15-17-000103/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 pielęgniarskiej 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 126.666,88 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 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 natomiast stanowi 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.

21 kwietnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Bogumiłę Feliniak, Ewę Jaworską, Bożenę Kiszewską, działające w ramach spółki cywilnej: Zakład Opiekuńczo – Leczniczy s.c. Bogumiła Feliniak, Ewa

co skutkowało zdaniem Odwołującego wpływem na treść rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania konkursowego. Naruszono:

- art. 132 ust. 2 Ustawy w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 4 Ustawy, w zw. z zapisami załącznika nr 6, tabela 2 wiersz IV 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, w zakresie w jakim organ zawarł umowę z podmiotami, przyznając im punkty za ciągłość, mimo iż nie spełniły one kryterium realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie,
- art. 134 ust. 1 i 2 w zw. z art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy w zakresie w jakim uniemożliwiono Odwołującemu zapoznanie się z treścią ofert, co w konsekwencji uniemożliwiło weryfikację ofert pozostałych uczestników postępowania,
- art. 142 ust. 6 Ustawy w zakresie w jakim komisja konkursowa nie przeprowadziła negocjacji z Odwołującym, co skutkowało niewybraniem oferty odwołującego.
- art. 149 ust. 3 Ustawy, w zakresie w jakim organ winien odrzucić oferty podmiotów, które nie uzupełniły braków formalnych oferty zgodnie z wezwaniem komisji konkursowej, tj. przedłożenie umów na potwierdzenie spełnienia kryterium realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach innego obszaru, którego dotyczy postępowanie.

Odwołujący wniósł o ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pod kątem rzeczywistego spełnienia kryteriów przez podmioty wybrane w toku konkursu.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania oraz jego uzupełnienia, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 roku postępowania numer 15-17-000103/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwolaniu oraz w uzupełnieniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000103/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania.

Jaworska, Bożena Kiszewska, ul. Poduchowne 1, 62–700 Turek, zwany dalej „Odwołującym", dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000103/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000103/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, Odwołujący podnosi, że w toku postępowania konkursowego nr 15-17-000103/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 doszło do naruszenia:

1. art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, poprzez niewybranie oferty Odwołującego, pomimo spełnienia z jego strony jako oferenta warunków określonych w przepisach prawa oraz określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 Ustawy,
2. § 15 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, poprzez brak zaproszenia do negocjacji Odwołującego, co mogło zaburzyć wybór najlepszych ofert spełniających kryteria postępowania konkursowego.

Nadto w odwołaniu wniesiono o ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, a także o wglądu do akt w/w postępowania.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 24 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 15-17-000103/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. Odwołujący skorzystał z prawa wglądu do akt w dniu 27 kwietnia 2017 r.

W dniu 10 maja 2017 roku Odwołujący wniósł uzupełnienie do odwołania z dnia 19 kwietnia 2017 roku dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000103/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

W uzupełnieniu odwołania Odwołujący podnosi, że w Jego ocenie postępowanie prowadzone przez komisję konkursową w przedmiotowej sprawie było niezgodne z poniżej wskazanymi przepisami,

W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000103/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej oferty złożyło 5 podmiotów, tj. Odwołujący oraz:

- DAR-MED Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Beata Tomczak i Partnerzy Spółka Partnerska, ul. Kaliska 51, 62–700 Turek, (z miejscem udzielania świadczeń pod tym samym adresem),
- GO-MAX Group Sp. z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62–800 Kalisz, (z miejscem udzielania świadczeń pod adresem ul. Braci Marszlów 4, 62-700 Turek),
- Jadwiga Kozłowska, Henryka Wiśniewska, Anna Michalska Spółka Jawna, ul. Zaremby 2, 62–740 Tuliszków, (z miejscem udzielania świadczeń pod tym samym adresem),
- Violetta Bysiek, ul. Jana Pawła II 20A, 62–710 Wyszyna, (z miejscem udzielania świadczeń pod tym samym adresem).

Postępowanie nr 15-17-000103/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 pielęgniarskiej 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.) zwanego dalej: „rozporządzeniem MZ w sprawie kryteriów wyboru ofert",
- 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.) zwanego dalej: „rozporządzeniem MZ w sprawie ogłaszania o postępowaniu konkursowym",
- 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,

– Zarządzenie 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 w terminie w postępowaniu nr 15-17-000103/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, tj. ofertę Odwołującego oraz oferty:

- DAR-MED Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Beata Tomczak i Partnerzy Spółka Partnerska, ul. Kaliska 51, 62–700 Turek,
- GO-MAX Group Sp. z o.o. ul. Kościuszki 19/7, 62–800 Kalisz,
- Jadwiga Kozłowska, Henryka Wiśniewska, Anna Michalska Spółka Jawna, ul. Zaremby 2, 62–740 Tuliszków,
- Violetta Bysiek, ul. Jana Pawła II 20A, 62–710 Wyszyna.

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 MZ w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 6 rozporządzenia MZ w sprawie kryteriów wyboru ofert, 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 (maksymalnie -14 pkt),
   c) pozostałe warunki, w tym posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (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 pielęgniarskiej 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 pielęgniarskiej 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 (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 (5 pkt) albo
- nieprzerwanie od 10 lat (10 pkt) {jedna odpowiedź do wyboru}.

4. inne warunki oceniane, tj.:

a) 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 (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 MZ w sprawie kryteriów wyboru ofert:

- 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:

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

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

gdzie:

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

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

C_{min} - 0,9 x 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 15-17-000103/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej wskazano oferentów:

1. DAR-MED Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Beata Tomczak i Partnerzy Spółka Partnerska, ul. Kaliska 51, 62–700 Turek,
2. GO-MAX Group Sp. z o.o. ul. Kościuszki 19/7, 62–800 Kalisz,
3. Jadwiga Kozłowska, Henryka Wiśniewska, Anna Michalska Spółka Jawna, ul. Zaremby 2, 62–740 Tuliszków,
4. Violetta Bysiek, ul. Jana Pawła II 20A, 62–710 Wyszyna.

Oferta złożona przez Odwołującego nie została wybrana. Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania po wyborze oferty, która uzyskała największą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert, a także z powodu wyczerpania maksymalnej liczby umów, jakie mogły zostać zawarte po przeprowadzeniu postepowania. W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000103/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA		PUNKTACJA				
	CENA	CIĄ-GŁOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘP-NOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
Violetta Bysiek	3,8131	14	60	6	83,81	TAK
Jadwiga Kozłowska, Henryka Wiśniewska, Anna Michalska Spółka Jawna	3,8131	14	60	6	83,31	TAK
GO – MAX SP. z o.o.	5,0000	10	52	6	68,00	TAK
DAR – MED Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa Beata Tomczak i Partnerzy Spółka Partnerska	2,5664	10	40	9	61,56	TAK
B. Feliniak, E. Jaworska, B. Kiszewska	2,5664	10	30	3	45,56	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 „wartość zamówienia" określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000103/SPO/14/1/14.2142.026.04.01. Podkreślić należy, że porównanie ofert w toku w/w postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia MZ w sprawie kryteriów wyboru ofert. Liczba punktów, która kwalifikowała ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, w przypadku postępowania nr 15-17-

000103/SPO/14/1/14.2142.026.04.01 to 61,56 pkt. I właśnie oferenci, których oferty w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskały łączną liczbę oceny co najmniej 61,56 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 pielęgniarskiej 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 pielęgniarskiej 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: Pielęgniarska 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 MZ w sprawie kryteriów wyboru ofert 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 15-17-000103/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, uwzględnieni w rankingu końcowym, udzielali następujących odpowiedzi.

1. Go – Max Group Sp. z o.o.:

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował zapewnienie 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 pkt,

- 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 pkt,
- 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.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnianie 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 pkt,
- 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,
- 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej – za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał 20 pkt,
- 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 pkt,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował 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 pkt,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – za co nie otrzymał punktów,

- pierwotnie nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 20 %, jednakże analiza złożonej oferty wykazała spełnienia z jego strony w/w warunku - za co otrzymał 3 pkt,

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 GO – MAX GROUP Sp. z o.o. zaoferował ostateczną cenę jednostkową 27,07 zł, za którą otrzymał 5 pkt, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

2. Oferent Jadwiga Kozłowska, Henryka Wiśniewska, Anna Michalska Spółka Jawna:

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 pkt,
- 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 pkt,
- 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 5 pkt,
- 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.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnianie 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 pkt,

- 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 pkt,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał 20 pkt,
- 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:

- pierwotnie 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, jednakże analiza jego oferty wykazała brak spełniania tego warunku – 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 pkt,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 10 %, za co nie otrzymał punktów,
- pierwotnie nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 20 %, jednakże analiza jego oferty wykazała spełnianie tego warunku - za co otrzymał 3 pkt.

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 Jadwiga Kozłowska, Henryka Wiśniewska, Anna Michalska Spółka Jawna zaoferował ostateczną cenę jednostkową 28,50 zł, za którą otrzymał 3,8131 pkt przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

3. Oferent DAR – MED Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa Beata Tomczak i Partnerzy Spółka Partnerska:

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował zapewnienia 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 pkt,
- 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 pkt,
- 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.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnianie 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 pkt,
- 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 pkt,
- 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:

- 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 pkt,
- pierwotnie nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 10 %, jednakże analiza oferty wykazała spełnianie przez oferenta w/w warunku, za co otrzymał 3 pkt,
- zadeklarował udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 20 % , za co otrzymał 3 pkt.

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 DAR – MED Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa Beata Tomczak i Partnerzy Spółka Partnerska zaoferował ostateczną cenę jednostki rozliczeniowej 30,00 zł, za którą otrzymał 2,5664 pkt, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

4. Oferent Violetta Bysiek:

W zakresie 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 pkt,
- 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 pkt,
- 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 pkt,
- 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.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnianie 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 pkt,
- 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 pkt,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co 20 otrzymał pkt,
- 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:

- pierwotnie 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, jednakże wskutek poddania analizie złożonej oferty stwierdzono brak spełnienia przez oferenta w/w kryterium – w związku z powyższym 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 3 pkt,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 20 % – za co otrzymał 3 pkt.

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 Violetta Bysiek zaoferował ostateczną cenę jednostkową 28,50 zł, za którą otrzymał 3,8131 pkt, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

5. Oferent Odwołujący:

W zakresie ciągłości:

- nie zadeklarował zapewnienia 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 pkt,
- 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 pkt,
- 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.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnianie 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 pkt,
- 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,
- 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej – za co nie otrzymał 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:

- 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,
- pierwotnie 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, jednakże analiza złożonej oferty wykazała brak spełniania przez oferenta tego warunku – w związku z powyższym nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 10 % - za co nie otrzymał punktów,
- pierwotnie nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 20 %, jednakże analiza złożonej oferty wykazała spełnienia przez oferenta w/w warunku - w związku z powyższym otrzymał 3 pkt.

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 Odwołujący zaoferował w ofercie cenę jednostkową 30,00 zł, za którą otrzymał 2,5664 pkt w rankingu otwarcia, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

Ponadto wskazać należy, iż powyżsi oferenci zadeklarowali, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferenci spełniają i będą spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000103/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej wskazać należy, co następuje.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 45,56 podczas gdy, ostatnia z wybranych ofert 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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej otrzymała 61,56 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 15-17-000103/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 4 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000103/SPO/14/114.2142.026.04/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż 4

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece 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 15-17-000103/SPO/14/114.2142.026.04/01, zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, jak również wyczerpał środki finansowe przeznaczone na udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece 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. Komisja konkursowa dokonywała oceny ofert w oparciu o deklaracje oferentów złożone w formularzach ofertowych poparte analizami danych posiadanych przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w systemie informatycznym służącym do gromadzenia danych sprawozdanych przez świadczeniodawców z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto oferenci przedkładali stosowne umowy, polisy, certyfikaty potwierdzające spełnianie zadeklarowanych warunków. W zakresie weryfikacji jakości udzielanych świadczeń poddano badaniu dokumenty potwierdzające posiadanie uprawnień przez wskazany do realizacji świadczeń personel medyczny oraz zweryfikowano harmonogramy czasu pracy pielęgniarek w celu potwierdzenia zadeklarowanego udziału czasu pracy pielęgniarek posiadających zadeklarowane doświadczenie w udzielaniu świadczeń będących przedmiotem postępowania. Druga część kryterium jakościowego zweryfikowano w oparciu o informacje pochodzące z komórek realizujących kontrole świadczeniodawców związane z wykonywaniem przez nich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W zakresie kryterium dostępności zweryfikowano deklaracje oferentów o zapewnieniu udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel lub zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, lub udział świadczeniobiorców z ocena 0 albo 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką. Podstawą do weryfikacji deklaracji były dane sprawozdane przez świadczeniodawców z realizacji umów zawartych z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia i obejmujące okres badany, czyli ostatnie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.

W zakresie kryterium ciągłości oferenci po pierwsze deklarowali, iż w dniu złożenia oferty realizują w ogóle lub nieprzerwanie od 5 albo 10 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy

postępowanie. Weryfikacja tej deklaracji następowała na podstawie danych złożonych przez oferentów, będących dotychczasowymi świadczeniodawcami realizującymi umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej na obszarze wskazanym w ogłoszeniu o postępowaniu tj. na obszarze powiatu tureckiego. Po drugie oferenci deklarowali zapewnienie ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji. Dowodem potwierdzającym spełnienie tego warunku było przedstawienie stosownej umowy, której czas obowiązywania obejmuje okres przewidziany przedmiotowym postępowaniem, tj. od 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2022 r. Przedmiotem umowy jest ustalenie zasad współpracy pomiędzy jej stronami w zakresie zapewnienia ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji. W celu realizacji zobowiązania podmiot współpracujący po zakończeniu leczenia szpitalnego może kierować na podstawie skierowania świadczeniobiorców kwalifikujących się do objęcia opieką długoterminową domową, do oferenta, który wyraża wolę objęcia takąż opieką kierowanych przez szpital pacjentów, w ramach i na warunkach oraz w zakresie kontraktu jaki będzie posiadał z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Wskazani w odwołaniu oferenci, posiadający miejsca udzielania świadczeń w miejscowościach Tuliszków oraz Wyszyna, zadeklarowali zapewnienie ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji. Na dowód powyższej deklaracji obaj oferenci przedstawili umowy z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Koninie, ul. Szpitalna 45, 62-500 Konin. Umowy zawierają odpowiednie zobowiązania obu stron umowy, które realizują deklarację o ustaleniu zasad współpracy i koordynacji opieki nad świadczeniobiorcami bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji. Odwołujący zwraca uwagę na fakt położenia podmiotu współpracującego tj. Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie poza obszarem, dla którego prowadzono postepowanie konkursowe. Wskazać w tym miejscu należy, że ten dodatkowo punktowany warunek nie zawiera obostrzenia wskazującego na konieczność zawarcia umowy o współpracy z podmiotem zlokalizowanym na obszarze, którego dotyczy postępowanie. Warunek zapisano w rozporządzeniu MZ w sprawie kryteriów wyboru ofert w Załączniku 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", w tabeli nr 1: „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej", w punkcie 7: „Przedmiot postepowania: Pielęgniarska opieka długoterminowa", punkt III.1.1. brzmiący: „Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji". Jak widać, z brzmienia tego warunku, nie wynika obostrzenie polegające na konieczności wskazywania

podmiotów współpracujących wyłącznie zlokalizowanych w obszarze, dla którego prowadzone jest postępowanie. Ponadto obaj oferenci są oddaleni od siedziby Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie zaledwie o 16-18 km, co nie budzi wątpliwości co do rzeczywistych możliwości realizacji umowy przez jej strony. Odwołujący w uzupełnieniu do odwołania wskazuje treść rozporządzenia MZ w sprawie kryteriów wyboru ofert „załącznika nr 6, tabela 2 wiersz IV", który zawiera trzy warunki oceniane dodatkowo w ramach kryterium ciągłości. Warunki dotyczą oceny sytuacji oferenta w dniu złożenia oferty, weryfikowanej na podstawie posiadanej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Ocenie podlega realizacja umowy w przedmiotowym zakresie w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, w ogólne lub nieprzerwanie od 5 albo 10 lat. W tymże warunku występuje ograniczenie dotyczące obszaru, którego dotyczy postępowanie. Nadmienić należy, że weryfikacja tego warunku następuje na postawie posiadanej umowy z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia i z tego tytułu oferenci otrzymali opisane wcześniej punkty. Biorąc pod uwagę powyższe, za niezasadny należy uznać podniesiony w Odwołaniu zarzut naruszenia art. 132 ust. 2 Ustawy w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 4 Ustawy, w zw. z zapisami załącznika nr 6, tabela 2 wiersz IV 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.

Co istotne w toku postępowania konkursowego nr 15-17-000103/SPO/14/114.2142.026.04/01 nie doszło również do naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, o czym mowa w odwołaniu w kontekście niewybrania złożonej przez Niego oferty, pomimo spełnienia wymaganych warunków. Komisja konkursowa nie stwierdziła braku spełniania przez Odwołującego lub jego ofertę warunków określonych w przepisach prawa lub szczegółowych warunków udzielania świadczeń określonych przez Prezesa NFZ. Oferta Odwołującego nie została odrzucona, jednakże oferta Odwołującego ze względu na otrzymanie łącznie najniższej punktacji oraz większą liczbę oferentów od możliwej do zawarcia przez Fundusz liczby umów, w wyniku przeprowadzenia postępowania konkursowego, nie została wybrana.

W tym miejscu wskazać należy na bezzasadność zarzutu podniesionego w uzupełnieniu do odwołania, mówiącego o naruszeniu art. 149 ust. 3 Ustawy. Naruszenie miało nastąpić w skutek nieodrzucenia ofert oferentów, którzy nie uzupełnili braków formalnych ofert, zgodnie z wezwaniami komisji konkursowej poprzez „przedłożenie umów na potwierdzenie spełnienia kryterium realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu i w ramach innego obszaru, którego dotyczy postępowanie". Komisja konkursowa w toku postępowanie zweryfikowała spełnianie tego warunku. Obaj oferenci, którzy zadeklarowali

współpracę z podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia ciągłości opieki nad świadczeniobiorcami bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji zostali wezwani w dniu 20 marca 2017 r. do uzupełnienia oferty poprzez przedłożenie umowy w związku z zaznaczeniem w ofercie w punkcie 3.1.1. odpowiedzi pozytywnej na pytanie: „Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji". Oferenci już dnia następnego w wersji elektronicznej przesłali skany umów zawartych dnia 16 lutego 2017 r. z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Koninie, a następnie 22 marca 2017 r. dosłali pisemną odpowiedź.

Odwołujący zarzuca naruszenie art. 134 ust. 1 i 2 w zw. z art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy poprzez uniemożliwienie zapoznania się z treścią ofert, co w konsekwencji zdaniem Odwołującego uniemożliwiło weryfikacje ofert pozostałych uczestników postępowanie. Odnośnie powyższego zarzutu, wyjaśnić należy, że zgodnie z § 11 ust. 1 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 *oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę.* W toku postępowania dotyczącego wniesionego przez Odwołującego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-17-000103/SPO/14/114.2142.026.04/01, Odwołującemu umożliwiono pełny wgląd w dokumentację w/w postępowania konkursowego w dniu 27 kwietnia 2017 r., przy uwzględnieniu anonimizacji danych osobowych oraz skutecznego zastrzeżenia przez oferentów informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, zawartych w ofertach złożonych w w/w postępowaniu konkursowym, co przy wyznaczeniu daty wydania decyzji w sprawie na dzień 12 maja 2017 r., świadczy o respektowaniu w pełni prawa Odwołującego do czynnego udziału w postępowaniu. Ponadto treść niniejszej decyzji w sposób szczegółowy wyjaśnia powody dokonanego rozstrzygnięcia postępowania. W związku ze złożeniem odwołania w dniu 21 kwietnia 2017 r. Odwołujący oraz pozostali uczestnicy postępowania konkursowego wskazani do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zostali poinformowani o możliwości przejrzenia akt sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Przedstawiciel Odwołującego, Pani Bogumiła Feliniak w dniu 27 kwietnia 2017 r. zapoznała się z aktami sprawy, na które składało się 5 ofert złożonych w postępowaniu oraz teczka dokumentów wytworzonych przez komisję konkursową. Postępowanie konkursowe zakończono w dniu 14 kwietnia 2017 r., a wszystkie dokumenty udostępniono 27 kwietnia 2017 r. Wobec powyższego przedstawiony zarzut jest całkowicie bezzasadny.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia przepisów poprzez brak zaproszenia Odwołującego do udziału w negocjacjach w toku postępowania konkursowego 15-17-000103/SPO/14/114.2142.026.04/01 należy wskazać, że powyższe postępowanie było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Postępując w w/w sposób komisja konkursowa postępowała zgodnie z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia MZ w sprawie ogłaszania o postępowaniu konkursowym, o treści: *„§ 15. 1. Do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia. 2. Do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych."* Jak należy wyjaśnić, do negocjacji w toku postepowania konkursowego 15-17-000103/SPO/14/114.2142.026.04/01 zaproszono tylko 4 oferentów, tj. liczbę oferentów zapewniającą możliwość skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia określonych w ogłoszeniu o przeprowadzeniu w/w postępowania z dnia 3 lutego 2017 r. Nadto do negocjacji zaproszono 4 oferentów: DAR-MED Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Beata Tomczak i Partnerzy Spółka Partnerska, ul. Kaliska 51, 62–700 Turek, GO-MAX Group Sp. z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62–800 Kalisz, Jadwiga Kozłowska, Henryka Wiśniewska, Anna Michalska Spółka Jawna, ul. Zaremby 2, 62–740 Tuliszków, Violetta Bysiek, ul. Jana Pawła II 20A, 62–710 Wyszyna, których oferty uzyskały najwyższą łączną ocenę na podstawie kryteriów niecenowych. Oferta Odwołującego pod względem kryteriów niecenowych otrzymała najniższą punktację (tj. przy braku uwzględnienia kryterium ceny oferta Odwołującego otrzymał o 16 punktów niższą łączną punktację od łącznej punktacji oferenta, który zajął czwarte miejsce w rankingu), stąd Odwołujący nie został zaproszony do udziału w negocjacjach. Komisja konkursowa słusznie bowiem przyjęła, że nawet gdyby Odwołujący został zaproszony do negocjacji i obniżył proponowaną cenę otrzymując z tego tytułu maksymalną liczbę punktów, to i tak nie zostałby wybrany do zawarcia umowy. Należy zatem stwierdzić, że nie został naruszony przepis art. 142 ust. 6 Ustawy.

Nadto, określona w ogłoszeniu wartość przedmiotu zamówienia, tj. wartość jaka przeznaczona została na udzielanie świadczeń w zakresie na obszarze powiatu tureckiego, została wyczerpana po wyborze 4 ofert wskazanych w rankingu. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przede wszystkim przekroczenie maksymalnej liczby umów o 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, a nie wybór wszystkich oferentów spełniających wymagania przewidziane w postępowaniu.

Podkreślić trzeba również, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-17-000103/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 wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków. Biorąc powyższe pod uwagę oraz wskazanie w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000103/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, zgodnie z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia po przeprowadzeniu w/w postępowania zawrze 4 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, brak jest podstaw dla wybrania oferty Odwołującego jako oferty, która uzyskała najniższą punktację spośród złożonych w postępowaniu nr 15-17-000103/SPO/14/114.2142.026.04/01.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000103/SPO/14/114.2142.026.04/01 o zawarcie umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. 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. Zca 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. DAR-MED Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Beata Tomczak i Partnerzy Spółka Partnerska,, ul. Kaliska 51, 62 – 700 Turek
3. GO-MAX Group Sp. Z o.o. ul. Kościuszki 19/7, 62 – 800 Kalisz,
4. Jadwiga Kozłowska, Henryka Wiśniewska, Anna Michalska Spółka Jawna, ul. Zaremby 2, 62 – 740 Tuliszków,
5. Violetta Bysiek, ul. Jana Pawła II 20A, 62 – 710 Wyszyna
6. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Monika Bajon – WOW NFZ