

Poznań, dnia 15 maja 2017 roku

WO-DP.422.19.2017

DECYZJA NR 15.../2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 21 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej, wniesionego przez Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o. z siedzibą we Wrześni (62-300) przy ul. Słowackiego 2, postanawiam:

oddalić odwołanie.

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 15-17-000123/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 zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki 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 536 928,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostaną zawarte maksymalnie cztery umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 21 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 26 kwietnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z

o.o., zwany dalej „Odwołującym”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000123/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 opieki długoterminowej domowej, Odwołujący zarzucił Komisji konkursowej naruszenie art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, poprzez jego błędne zastosowanie przejawiające się w wyborze ofert. Ponadto Odwołujący stwierdził, że oferta o wartości 293 340,16 zł na ok. 54 pacjentów miesięcznie spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a obecnie opieką objętych jest 52 pacjentów. W związku z tym niezawarcie umowy przez Odwołującego z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu pozbawi opieki ciężko chorych, niepełnosprawnych pacjentów. Ponadto Odwołujący stwierdził, że jego oferta spełniła wszystkie wymogi formalne i merytoryczne konkursu w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 27 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 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Z powyższego uprawnienia skorzystał Odwołujący (w dniu 5 i 10 maja 2017 r.), a także oferent BETAMED S.A. (w dniu 11 maja 2017 r.). Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 15 maja 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 21 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w

pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000123/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 zakresie świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej oferty złożyli: 1. Odwołujący, 2. BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA, 3. Jolanta Świerska, 4. Mateusz Szulczyński, 5. MED-DOM SP. Z O.O.

Postępowanie nr 15-17-000123/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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

1. 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);
2. 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;
3. 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.);
4. 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), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 44);

5. 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 15-17-000123/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 15-17-000123/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 umożliwił dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. JAKOŚĆ

1.1 PERSONEL

1.1.1 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 środowiskowo – 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 długoterminowej domowej.

- tak (20 pkt);

- nie (0 pkt).

1.1.2 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.

- tak (10 pkt);

- nie (0 pkt).

1.1.3 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.

- tak (10 pkt);

- nie (0 pkt).

1.1.4 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu.

- co najmniej 50 % (20 pkt);

- co najmniej 25 % (10 pkt);

- żadne z powyższych (0 pkt).

1.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI (Maksymalna suma punktów ujemnych: 15).

1.2.1 Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie–tylko na podstawie kontroli.

- tak (-1 pkt);

- nie (0 pkt).

1.2.2 Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-2 pkt);

- nie (0 pkt).

1.2.3 Brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-1 pkt);

- nie (0 pkt).

1.2.4 Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy.

- tak (-2 pkt);

- nie (0 pkt).

1.2.5 Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.

- tak (-2 pkt);

- nie (0 pkt).

1.2.6 Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-1 pkt);

- nie (0 pkt).

1.2.7 Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-2 pkt);

- nie (0 pkt).

1.2.8 Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.

- tak (-1 pkt);

- nie (0 pkt).

1.2.9 Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.

- tak (-2 pkt);

- nie (0 pkt).

1.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

1.3.1 Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.

- tak (2 pkt);

- nie (0 pkt).

2.DOSTĘPNOŚĆ

2.1.1 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.

- tak (3 pkt);

- nie (0 pkt).

2.1.2 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.

- tak (3 pkt);

- nie (0 pkt).

2.1.3 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 postępowanie – co najmniej 10%.

- tak (3 pkt);

- nie (0 pkt).

2.1.4 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 %.

- tak (3 pkt);

- nie (0 pkt).

3. CIĄGŁOŚĆ

3.1.1 Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji.

- tak (4 pkt);

- nie (0 pkt).

3.1.2 W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.

- tak (5 pkt);

- nie (0 pkt).

3.1.3 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 (5 pkt);

- nieprzerwanie od 10 lat (10 pkt);

- żadne z powyższych (0 pkt).

4. WARUNKI WYMAGANE

4.1.1 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.

- tak (0 pkt);
- nie (dyskwalifikacja).

5. INNE

5.1.1 Współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.

- tak (2 pkt);
- nie (0 pkt).

6.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 5,00 pkt).

W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

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

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

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

gdzie:

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

C_{maks} - $1,1 \times C_{NFZ}$,

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 21 kwietnia 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej zostanie zawarta z następującymi podmiotami:

- BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA,
- JOLANTA ŚWIERSKA,
- MATEUSZ SZULCZYŃSKI,
- MED – DOM SP. Z O.O.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu				Ocena oferty						
	Nr oferty	Nazwa oferenta	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów					Łączna liczba punktów oceny
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	
1	15-17-000123(14/1)-0004/00	BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA	29,46	3,0152	62	0	9	14	2	90,01
2	15-17-000123(14/1)-0001/00	MATEUSZ SZULCZYŃSKI	29	3,3976	62	0	6	10	0	81,39
3	15-17-000123(14/1)-0002/00	MED-DOM SP. Z O. O.	30,08	2,5	52	0	6	14	0	74,5
4	15-17-000123(14/1)-0005/00	JOLANTA ŚWIERSKA	29,5	2,982	52	0	9	10	0	73,98
5	15-17-000123(14/1)-0003/00	SZPITAL POWATOWY WE WRZEŚNI SPÓŁKA Z O.O.	0	2,5	42	0	6	19	0	69,5

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 – 7. Pielęgnarska opieka długoterminowa domowa - i Tabeli nr 2 - Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – część wspólna - w „Wykazie szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

w ramach opieki długoterminowej” stanowiącym załącznik nr 6 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 zgodnie z „WARUNKAMI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH I OPIEKUŃCZYCH W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ” stanowiącymi załącznik nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a także zgodnie z zarządzeniem 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.

Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej i uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi:

I. Oferent: BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA:

1. JAKOŚĆ:

1.1 PERSONEL:

- zadeklarował pielęgniarkę 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 środowiskowo – 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 w opiece długoterminowej domowej, za co otrzymał 20 pkt;
- zadeklarował pielęgniarkę z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej, za co otrzymał 10 pkt;
- zadeklarował pielęgniarkę 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 długoterminowego domowego, za co otrzymał 10 pkt;

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

1.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI (Maksymalna suma punktów ujemnych: 15).

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;

- 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 nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktu;

- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co nie skutkowało odjęciem punktów;

1.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało przyznaniem 2 pkt.

2.DOSTĘPNOŚĆ

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

3. CIĄGŁOŚĆ

- zadeklarował ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, za co otrzymał 4 pkt;
- zadeklarował, że 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, że 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, co skutkowało przyznaniem 5 pkt;

4. WARUNKI WYMAGANE

- zadeklarował, że 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.

5. INNE

- zadeklarował współpracę z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co otrzymał 2 pkt.

W zakresie kryterium ceny oferent BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA zadeklarował cenę 29,46 za co otrzymał 3,0152 pkt.

II. Oferent: Jolanta Świerska, prowadząca podmiot pod nazwą Jolanta Świerska NZOZ Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „JOL-MED”:

1. JAKOŚĆ:

1.1 PERSONEL:

- zadeklarował pielęgniarkę 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 środowiskowo – 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 długoterminowego domowego, za co otrzymał 20 pkt;

- zadeklarował pielęgniarkę z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego, za co otrzymał 10 pkt;

- zadeklarował pielęgniarkę 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 długoterminowego domowego, za co otrzymał 10 pkt;

- 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 „co najmniej 25%”, co wiązało się z przyznaniem 10 punktów.**

1.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI (Maksymalna suma punktów ujemnych: 15).

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie–tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- 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 nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co nie skutkowało odjęciem punktów;

1.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało przyznaniem 2 pkt.

2.DOSTĘPNOŚĆ

- nie zadeklarował zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, co skutkowało przyznaniem 3 pkt;

- 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 postępowanie – co najmniej 10%, co skutkowało przyznaniem 3 pkt;
- 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 %, co skutkowało przyznaniem 3 pkt;

3. CIĄGŁOŚĆ

- nie zadeklarował ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował, że 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, że 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, co skutkowało przyznaniem 5 pkt;

4. WARUNKI WYMAGANE

- zadeklarował, że 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.

5. INNE

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

W zakresie kryterium ceny oferent Jolanta Świerska, prowadząca podmiot pod nazwą Jolanta Świerska NZOZ Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „JOL-MED”, zadeklarowała cenę 29,50 za co otrzymała 2,982 pkt.

III. Oferent: Mateusz Szulczyński, prowadzący podmiot o nazwie „Opieka Długoterminowa Mateusz Szulczyński”:

1. JAKOŚĆ:

1.1 PERSONEL:

- zadeklarował pielęgniarkę 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 środowiskowo – 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 pkt;
- zadeklarował pielęgniarkę 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 pielęgniarkę 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 pkt;
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, za co otrzymał 20 punktów.

1.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI (Maksymalna suma punktów ujemnych: 15).

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie–tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, co nie skutkowało dojęciem punktów;

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- 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 nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co nie skutkowało odjęciem punktów;

1.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało przyznaniem 2 pkt.

2.DOSTĘPNOŚĆ

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

3. CIĄGŁOŚĆ

- nie zadeklarował ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował, że 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, że 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, co skutkowało przyznaniem 5 pkt;

4. WARUNKI WYMAGANE

- zadeklarował, że 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.

5. INNE

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

W zakresie kryterium ceny oferent: Mateusz Szulczyński, prowadzący podmiot o nazwie „Opieka Długoterminowa Mateusz Szulczyński”, zadeklarował cenę 29,00 za co otrzymał 3,3976 pkt.

IV. Oferent: MED-DOM Sp. z o.o.:

1. JAKOŚĆ:

1.1 PERSONEL:

- zadeklarował pielęgniarkę 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 środowiskowo – 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 pielęgniarkę 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 pielęgniarkę 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 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, za co otrzymał 10 punktów.

1.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI (Maksymalna suma punktów ujemnych: 15).

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie–tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, co nie skutkowało dojęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- 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 nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co nie skutkowało odjęciem punktów;

1.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało przyznaniem 2 pkt.

2.DOSTĘPNOŚĆ

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

3. CIĄGŁOŚĆ

- zadeklarował ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, co skutkowało przyznaniem 4 pkt;
- zadeklarował, że 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, że 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, co skutkowało przyznaniem 5 pkt;

4. WARUNKI WYMAGANE

- zadeklarował, że 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.

5. INNE

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – 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: **MED-DOM Sp. z o.o.**, zadeklarował cenę 30,08 za co otrzymał 2,5 pkt.

V. Oferent – Odwołujący – Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o.:

1. JAKOŚĆ:

1.1 PERSONEL:

- zadeklarował pielęgniarkę 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 środowiskowo – 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 pkt;

- zadeklarował pielęgniarkę 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 pielęgniarkę 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 pkt;

- nie zadeklarował co najmniej 50 % lub co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, za co nie otrzymał punktów.

1.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI (Maksymalna suma punktów ujemnych: 15).

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- 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 nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktu;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co nie skutkowało odjęciem punktów;

1.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało przyznaniem 2 pkt.

2.DOSTĘPNOŚĆ

- 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, co skutkowało przyznaniem 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 postępowanie – co najmniej 10%, co skutkowało nieprzyznaniem 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 postępowanie – co najmniej 20 %, co skutkowało przyznaniem 3 pkt;

3. CIĄGŁOŚĆ

- zadeklarował ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, co skutkowało przyznaniem 4 pkt;

- zadeklarował, że 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, że 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, co skutkowało przyznaniem 10 pkt;

4. WARUNKI WYMAGANE

- zadeklarował, że 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.

5. INNE

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

W zakresie kryterium ceny Odwołujący zadeklarował cenę 30,08 za co otrzymał 2,5 pkt.

Co istotne, zakładając, że nawet jeśli w trakcie negocjacji prowadzonych w celu ustalenia liczby i ceny świadczeń Odwołujący zaproponowałby cenę uzasadniającą uzyskanie maksymalnej liczby punktów w zakresie kryterium ceny, Odwołujący mógłby otrzymać 5 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny, jednakże nie miałyby to wpływu na jego pozycję w rankingu końcowym.

W tym miejscu wskazania wymaga, że w dniu 4 kwietnia 2017 r. została podjęta uchwała z posiedzenia Komisji konkursowej w związku z prowadzonymi postępowaniami konkursowymi w rodzaju świadczeń: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, dotycząca wprowadzenia zmian w odpowiedziach ankietowych ofert zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania. Zgodnie z treścią ww. uchwały zmiana odpowiedzi ankietowej będzie możliwa w następujących przypadkach:

- dotyczy wszystkich zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – jeśli oferent zaznaczył twierdząco odpowiedź rankingującą, a jednocześnie nie spełnia dodatkowo punktowanego warunku oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynika to z analizy danych wskazanych w raportach statystyczno-medycznych- Komisja konkursowa dokona zmiany odpowiedzi ankietowej na negatywną, a zmiana ta w konsekwencji spowoduje obniżenie wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania.

- dotyczy zakresu: świadczenie w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej – jeśli oferent zaznaczył negatywnie odpowiedź rankingującą, a jednocześnie spełnia dodatkowo punktowany warunek (dotyczy pytań o wyniki kontroli oraz o dostępność) oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynika to z analizy danych wskazanych w raportach statystyczno-medycznych – Komisja konkursowa dokona zmiany odpowiedzi ankietowej na twierdzącą, a zmiana ta w konsekwencji spowoduje zwiększenie wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania.

Zmiany odpowiedzi ankietowych w odpowiednich zakresach świadczeń nastąpiły zgodnie z załącznikami nr 1 – 6 do ww. uchwały. Podkreślenia wymaga, iż powyższa zasada stosowana

była w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższej uchwale okoliczności celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000123/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 opiece długoterminowej domowej stwierdzić należy, co następuje.

Odwołujący stwierdził w swoim odwołaniu, że jego oferta o wartości 293 340,16 zł na ok. 54 pacjentów miesięcznie spełnia wymogi zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz spełnia wszystkie wymogi formalne i merytoryczne konkursu w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej.

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 postępowania nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2141.26.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 3 lutego 2017 r. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania wynosi 4. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2141.26.04/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć maksymalnie 4 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej tj. 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-

17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 zostaną zawarte po przeprowadzeniu 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. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przede wszystkim przekroczenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania. Co ważne, 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. Fakt zatem spełniania wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, czy też spełnienia wszystkich wymogów formalnych i merytorycznych konkursu w niniejszym postępowaniu nie było wystarczające, aby zostać wybranym w rozstrzygnięciu jako podmiot, z którym zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na ograniczoną liczbę umów, które mogły zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania oraz z uwagi na fakt, że podmioty wybrane w rozstrzygnięciu postępowania do ich zawarcia uzyskały wyższą łączną liczbę punktów oceny. Ponadto nadmienić należy, że każdy z oferentów biorących udział w postępowaniu, w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy musi spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem postępowania nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2141.26.04/01, a więc m.in. te warunki, na których spełnienie powołał się Odwołujący. W związku z powyższym jego zarzut nie może zostać uwzględniony.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego, dotyczącego naruszenia art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy poprzez jego błędne zastosowanie przejawiające się w wyborze ofert podmiotów, należy stwierdzić, co następuje.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 Ustawy 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 ww. 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. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m.in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż 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 będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku 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. W niniejszym postępowaniu jest to załącznik Nr 6, stanowiący „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 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

Wyżej wymienione postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej było prowadzone w formie konkursu ofert, co oznacza, że zastosowano te same kryteria pozwalające na porównanie podmiotów biorących w nim udział. Po zsumowaniu punktów otrzymanych przez oferentów za każde z kryteriów podlegających ocenie, uwzględniając ograniczoną liczbę umów, które mają zostać zawarte po przeprowadzeniu przedmiotowego postępowania, należało dokonać wyboru pierwszych czterech ofert, które uzyskały najwyższą łączną liczbę punktów oceny, co Komisja konkursowa uczyniła. W związku z powyższym zarzut naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy jest nieuzasadniony.

Odnośnie naruszenia art. 134 ust. 2 Ustawy należy stwierdzić, że oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz

dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania udostępnione były do wglądu dla każdej ze stron w lokalu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej 158, o czym strony poinformowano w piśmie z dnia 27 kwietnia 2017 r., a z którego to uprawnienia skorzystali w dniu 5 i 10 maja 2017 r. sam Odwołujący oraz w dniu 11 maja 2017 r. oferent BETAMED S.A. W ogłoszeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 15-17-000123/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 z dnia 3 lutego 2017 r. zawarto informację, że materiały informacyjne dotyczące postępowania będą dostępne od dnia 3 lutego 2017 r. w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu w godzinach 8:00-16:00 od poniedziałku do piątku oraz na stronie internetowej www.nfz-poznan.pl. W związku z powyższym spełniona została dyspozycja art. 134 ust. 2 Ustawy, tzn. wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione zostały świadczeniodawcom na takich samych zasadach, a zarzut naruszenia ww. przepisu należy zatem uznać za bezzasadny.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000123/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, a zatem nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ


p.o. Zast. Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Filip

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. Odwołujący – 1 egz.,
2. BETAMED S.A.- 1 egz.;
3. Jolanta Świerska- 1 egz.;
4. Mateusz Szulczyński – 1 egz.;
5. MED-DOM Sp. z o.o.
6. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Korbas – Zespół Radców Prawnych.

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. Odwołujący – 1 egz.,
2. BETAMED S.A.- 1 egz.;
3. Jolanta Świerska- 1 egz.;
4. Mateusz Szulczyński – 1 egz.;
5. MED-DOM Sp. z o.o.
6. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Korbas – Zespół Radców Prawnych.

