

Poznań, dnia 18 maja 2017 r.

WO.422.21.2017

2/PL

DECYZJA NR 19/2017/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 postępowania nr 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 z dnia 14 kwietnia 2017 r. prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej wniesionego przez Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo - Rodzinnej „Pomoc” Spółka Partnerska Maria Fortuniak Dorota Fraszewska, ul. Kościelna 2, 62-004 Czerwonak, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 3 lutego 2017 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia

pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, powiat poznański.

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 466.540,80 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 6 (słownie: sześć).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 21 kwietnia 2016 r., 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 27 kwietnia 2017 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo - Rodzinnej „Pomoc”

Spółka Partnerska Maria Fortuniak Dorota Fraszewska (zwany dalej: „Odwołującym”), dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 kwietnia 2017 r. postępowania nr 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Odwołujący w swoim piśmie zatytułowanym odwołanie poprosił o wskazanie powodu dla którego został pominięty na liście podmiotów zakwalifikowanych do udzielania świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej. Odwołujący podniósł również, że:

- ofertę złożył w terminie;
- odpowiedział na wszystkie wezwania do złożenia wyjaśnień w przewidzianym do tego terminie;
- oferta spełniała warunki formalne;
- umowę dotyczącą pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej świadczy od 11 lat w sposób solidny opiekując się pacjentami w stanie bardzo ciężkim.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 5 maja 2017 r. 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 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 18 maja 2017 r.

Odwołujący się po zapoznaniu się z aktami sprawy pismem z dnia 16 maja 2017 r. doręczonym w dniu 17 maja 2017 r. zarzucił rozstrzygnięciu komisji konkursowej:

- naruszenie § 3 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a konkretnie pkt. 7 kryterium 1 (Jakość) warunek 1.5. załącznika nr 6 (Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisana im wartością w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej) poprzez uznanie, że Odwołujący nie spełnia ww. kryterium, podczas gdy Ośrodek wykazał, że wśród pielęgniarek w nim zatrudnionych co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, zatem powinno się przyznać mu 10 punktów, czego błędnie nie uczyniono w postępowaniu konkursowym i co w konsekwencji

doprowadziło do zaniżenia ogólnej punktacji Odwołującego i nie zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- naruszenie przepisu art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz z pominięciem zasad uczciwej konkurencji, a w konsekwencji dokonanie wyboru ofert na podstawie niepełnej, nierzetelnej i nieprawidłowej ich oceny i błędnie przyznanie Odwołującemu zmniejszonej liczby punktów w stosunku do konkurentów, którzy otrzymali większą ilość punktów, spełniając określone warunki w takim samym zakresie jak Odwołujący;

- § 3 ust. 2 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia 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 z dnia 22 grudnia 2014 r. w związku z ogłoszeniem o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert poprzez dokonanie wyboru pięciu ofert, podczas gdy w ogłoszeniu wskazano, że przewidywana maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania wynosi sześć.

Powyższe naruszenia Odwołujący uzasadnił tym, że:

- zgodnie z przepisem art. 136 Kodeksu postępowania administracyjnego i utrwaloną linią orzecznictwa, uzupełnienie postępowania dowodowego w niewielkim zakresie mieści się w kompetencjach organu odwoławczego (tak m.in. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 9 września 2008 r.), zatem podanie przez Odwołującego nowych informacji zasługuje na uwzględnienie;

- doszło do naruszenia § 3 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a konkretnie pkt. 7 kryterium I warunek 1.5. załącznika nr 6 w ten sposób, iż w toku postępowania konkursowego błędnie oceniono spełnienie przez Odwołującego ww. kryterium. W toku postępowania Odwołujący w pierwszej kolejności omyłkowo wskazał, że w skład personelu udzielającego świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu wchodzi Pani Halina Wojdanowicz oraz Pani Ewa Stefańska. Osoby te nie powinny zostać uwzględnione w wyliczeniu określonym w kryterium I pkt 1.5. tj. co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, gdyż jednocześnie zatrudnione są w wymiarze 1 etatu w innych placówkach (Pani Halina Wojdanowicz w Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie w Poznaniu, a Pani Ewa Stefańska w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu). Z powyższego wynika, że w/w. nie mogły równocześnie pracować u Odwołującego w wymiarze 1 etatu. Bez tych dwóch wyżej

wymienionych pielęgniarek liczba pielęgniarek u Odwołującego zmniejsza się i wówczas wymagana procentowo ilość pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika I etatu wynosi 25 %. zatem Odwołujący winien otrzymać 10 punktów w tym zakresie. Powyższe okoliczności były wyjaśniane przez Odwołującego w piśmie z dnia 23 marca 2017 r. kierowanym do Komisji Konkursowej, jednak nie zostały wzięte pod uwagę w postępowaniu konkursowym, na skutek dokonania nierzetelnej i niedokładnej analizy przedłożonej dokumentacji, co w konsekwencji doprowadziło do przyjęcia błędnej punktacji. Odwołujący przedłożył kompleksową dokumentację wyjaśniającą powyższą omyłkę, jednakże swoich ustaleń nie skorygował organ rozstrzygający postępowanie konkursowe. W sytuacji, w której nie popełniono by błędu Odwołujący uzyskałby 71,5 punktów, a tym samym spełniłby warunki pozwalające na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, zajmując 4 miejsce w rankingu oferentów;

- doszło do naruszenia przepisu art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy w ten sposób, iż Fundusz zobowiązany był zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Zasady te nie zostały uwzględnione w postępowaniu nr 15-17-000125/SPO/14/1/4.2142.026.04/01 z udziałem Odwołującego. W stosunku do Odwołującego nie zastosowano zasad równego traktowania, ponieważ nie zastosowano takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu. Odwołujący w zakresie kryterium 1 (Jakość) warunek 1.5. (co najmniej 25 % pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika I etatu) został potraktowany gorzej, tj. przyznano mu niższą ilość punktów, niż otrzymali jego konkurenci. Na skutek niepełnej, nierzetelnej i nieprawidłowej oceny ofert przyznano Ośrodkowi zmniejszoną ilość punktów, a tym samym ocena oferty przedstawionej przez Odwołującego została bezpodstawnie zaniżona i potraktowana gorzej na tle ofert konkurencyjnych. Komisja konkursowa winna dokonać porównania ofert, dokonując klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, czego nie dokonano w sposób prawidłowy, gdyż Odwołujący przedstawił ofertę korzystniejszą niż inni oferenci, a został potraktowany gorzej niż oni. Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 22 listopada 2006 r. (VII SA/Wa 1991/06): „W myśl art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - dla oceny prawidłowości przeprowadzonego postępowania, jak również, w celu wykazania, iż organ zapewnił równe traktowanie wszystkich oferentów zgodnie z zasadami gwarantującymi zachowanie zasad uczciwej konkurencji niezbędne jest wykazanie, iż wyliczenie ilości punktów przypadających na daną kategorię zostało dokonane w oparciu o przejrzyste i jednakowe dla wszystkich oferentów kryteria. Organ winien wskazać z jakimi okolicznościami

przypisanymi poszczególnym kategoriom oceny wiążą się określone ilości punktów". Zatem, w ocenie Odwołującego, kwestie wyżej opisane winny zostać ponownie zweryfikowane i przeanalizowane, aby zapewnić jednakowe i uczciwe traktowanie konkurentów, a także w celu dokonania rzetelnej i prawidłowej oceny przedstawionych ofert, a w szczególności oferty Odwołującego;

- innym uchybieniem komisji jest wystąpienia przeciwko ogłoszonym i przyjętym warunkom konkursowym. W ogłoszeniu wskazano bowiem, że zawartych zostanie maksymalnie sześć umów, a finalnie wybrano jedynie pięć ofert. Przyjmując, że organ konkursowy nie zweryfikowałby błędu, o których wyżej mowa, to zgodnie z warunkami konkursowymi Odwołujący zostałby zakwalifikowany do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Wybór pięciu ofert jest w ocenie Odwołującego niejasny i niczym nieuzasadniony, lecz dokonany z pokrzywdzeniem Odwołującego. Skoro przewidywano wybór maksymalnie sześciu ofert, a tym samym zawarcie sześciu umów, budzi wątpliwość i zastanowienie zmiana przewidzianych w ogłoszeniu konkursowym warunków;

- marginalnie - jakkolwiek ma to istotne znaczenie z punktu widzenia misji, jaką kierują się pielęgniarki Odwołującego, jak również z punktu widzenia dobra lokalnej społeczności - wskazać należy, iż Odwołujący prowadzi swoją działalność od ośmiu lat na terenie: Czerwonaka, Murowanej Gośliny, Koźiegłowa. Ośrodek ma swoich stałych pacjentów, nad którymi roztacza kompleksową opiekę, a którzy na skutek niewybrania oferty Odwołującego w postępowaniu konkursowym, pozostaną bez żadnej opieki, gdyż na terenie tym nie działa żaden inny ośrodek tego typu. Jedynie Odwołujący Pielęgniarskie Centrum Opieki ma w Czerwonaku siedzibę, ale jest to wyłącznie punkt telefoniczny, który nie zajmuje się na tym terenie pacjentami. Pozostałe wybrane oferty prowadzą swoją działalność na terenie Lubonia, Poznania, Przeźmierowa. Osoby, którymi dotąd zajmował się Odwołujący zostaną bez żadnej opieki, a są to osoby ciężko, obłożnie chore. Tym bardziej więc dziwi decyzja organu prowadzącego postępowanie konkursowe, zwłaszcza mając na uwadze fakt, iż Odwołujący spełnia wszystkie kryteria i wymogi do prowadzenia swojej działalności, a w postępowaniu konkursowym zostało jedno wolne, nieobsadzone, a przewidziane w ogłoszeniu konkursowym, miejsce dla podmiotu, z którym można zawrzeć umowę. W ocenie odwołujących Komisja konkursowa powinna podjąć rozmowy, negocjacje z Odwołującym zmierzające do wykorzystania przewidzianej liczby zakupu świadczeń.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia w dniu 14 kwietnia 2017 r. postępowania numer 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie i pielęgniarstwie domowym,

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez pozostałych oferentów w postępowaniu 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej oferty złożyło 8 podmiotów, tj. Odwołujący oraz:

- Dorota Czajka, Elżbieta Teclaw, ul. Augusta Cieszkowskiego 21b, 62-030 Luboń,
- Medico Ratajszczak, Kaczmarek, Głuszak Sp. J., ul. Leśna 18, 62-002 Suchy Las,
- Pielęgniarskie Centrum Opieki Sp. z o.o., ul. Krótka 19, 62-070 Więckowice,
- Renata Saidani, Os. Stare Żegrze 71/21, 61-249 Poznań,
- "Med-Lux" Sp. z o.o., Rynkowa 63, 62-081 Przeźmierowo,
- Zdrowie Praktyka Pielęgniarska i Położnej Czaplińska Mariola, Niedźwiedź Anna Sp. J., ul. Poznańska 24, 62-060 Stęszew,
- Ośrodek Medycyny Środowiskowej „Salus” Danuta Jaworska, Jolanta Brylewska Sp. J., ul. Poznańska 34a, 62-035 Kórnik.

Postępowanie nr 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1658);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania

ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.),

- zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej;
- zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

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

Komisja konkursowa w trakcie prowadzenia części jawnej przyjęła do dalszego postępowania 7 ofert, albowiem jedna oferta została odrzucona z powodu nieuzupełnienia braków formalnych w terminie.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował jednak dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- a) kwalifikacje personelu (maksymalnie 60,00 pkt),
- b) wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (do -14,00 pkt),
- c) pozostałe warunki, w tym:
 - posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (maksymalnie 2,00 pkt),

2. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez:

- a) zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (3 pkt),

- b) zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (3 pkt),
 - c) udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 % (3 pkt),
 - d) udział świadczeniobiorców z oceną 5 – 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 20 % (3 pkt),
3. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
- a) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji (4 pkt),
 - b) realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (maksymalnie 5,00 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 (maksymalnie 5,00 pkt),
 - nieprzerwanie od 10 lat (maksymalnie 10,00 pkt), jedna odpowiedź do wyboru,
4. inne warunki oceniane:
- współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),
5. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 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 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 21 kwietnia 2017 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej wskazano 5 (słownie: pięciu) oferentów:

- Dorota Czajka, Elżbieta Teclaw, ul. Augusta Cieszkowskiego 21b, 62-030 Luboń,
- Medico Ratajszczak, Kaczmarek, Głuszak Sp. J., ul. Leśna 18, 62-002 Suchy Las,
- Pielęgniarskie Centrum Opieki Sp. z o.o., ul. Krótka 19, 62-070 Więckowice,
- Renata Saidani, Os. Stare Żegrze 71/21, 61-249 Poznań,
- "Med-Lux" Sp. z o.o., Rynkowa 63, 62-081 Przeźmierowo,

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA					
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
Dorota Czajka, Elżbieta Teclaw	3,3311	19	62	9	93,33	TAK
Zdrowie Praktyka Pielęgniarska i Położnej Czaplińska Mariola, Niedźwiedz Anna Sp. J.	5	14	60	6	85	TAK
Pielęgniarskie Centrum Opieki Sp. z o.o.	5	10	60	6	81	TAK
Renata Saidani	5	10	50	6	71	TAK
"Med-Lux" Sp. z o.o.	5	4	60	0	69	TAK
Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo - Rodzinnej Pomoc Spółka	2,5	10	40	9	61,5	NIE

Partnerska Maria Fortuniak Dorota Fraszewska						
Medico Ratajszczak, Kaczmarek, Głuszak Sp. J.	2,98	10	40	6	58,98	NIE

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 „wartość zamówienia” określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. Zaznaczyć należy, że w ogłoszeniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń w trybie ofert wskazano, że zostanie zawarte maksymalnie 6 umów. Ilość ta, co już zasygnalizowano została ograniczona wartością zamówienia.

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – część wspólna” i Tabeli nr 1 „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej - poz. 7 pielęgniarstwa opieki długoterminowa domowa” załącznika nr 6 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, 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 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent: Dorota Czajka, Elżbieta Teclaw:

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnienie pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1) opieki długoterminowej lub, 2) pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub, 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 punktów,
- zadeklarował zapewnienie pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował zapewnienie pielęgniarki z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał 20 punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością - za co otrzymał 2 punkty,

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

W zakresie kryterium dostępności:

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

- zadeklarował udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 % - za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował udział świadczeniobiorców z oceną 5- 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 20 % - za co otrzymał 3 punkty.

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował zapewnienie ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji - za co otrzymał 4 punkty
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie - za co otrzymał 5 punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat - za co nie otrzymał punktów,
- 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 otrzymał 10 punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 29,08 zł, za co otrzymał 3,3311 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnienia ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

Oferent: Zdrowie Praktyka Pielęgniarska i Położnej Czaplińska Mariola, Niedźwiedz Anna Sp. J.:

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1) opieki długoterminowej lub, 2) pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub, 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał **20,00** punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał **10** punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał **10** punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał **20** punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością - za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował zapewnienie ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji - za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie - za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat - za co otrzymał 5 punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat - za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 27,00 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

Oferent: Pielęgniarskie Centrum Opieki Sp. z o.o.:

W zakresie kryterium jakości:

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

- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał 20 punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością - za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

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 punktów,

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat - za co otrzymał 5 punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat - za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 27,07 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

Oferent: Renata Saidani:

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1) opieki długoterminowej lub, 2) pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub, 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika I etatu – postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków, w rezultacie nie przyznano punktów,
- zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika I etatu – za co otrzymał 10 punktów,

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

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków, w rezultacie nie przyznano 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 – postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków, w rezultacie nie przyznano punktów,
- 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 % - za co 3 otrzymał punkty,
- zadeklarował udział świadczeniobiorców z oceną 5 - 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 20 - za co otrzymał 3 punkty.

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował zapewnienie ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji - postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków, w rezultacie nie przyznano punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie - za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat - za co otrzymał 5 punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat - za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 27,07 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

Oferent: "Med-Lux" Sp. z o.o.:

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1) opieki długoterminowej lub, 2) pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub, 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co otrzymał 20 punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością - za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania 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,
- nie zadeklarował zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 % - – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udziału świadczeniobiorców z oceną 5 - 15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej

domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowaniem – co najmniej 20 – za co nie otrzymał punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował zapewnienia ustalonych zasad współpracy i koordynacji z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji - za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczenioborców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie - za co otrzymał 0 punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczenioborców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat - za co otrzymał 0 punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczenioborców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat - za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 27,06 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

Oferent: Medico Ratajszczak, Kaczmarek, Głuszak Sp. J.:

W zakresie kryterium jakości:

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

- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością - za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

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 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat - za co otrzymał 5 punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat - za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 29,50 zł, za co otrzymał 2,982 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

Oferta Odwołującego:

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1) opieki długoterminowej lub, 2) pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub, 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub, 6) pielęgniarstwa środowiskowego – rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub, 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub, 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej - za co otrzymał 20 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 2 – letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – co najmniej 40 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 3 – letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego – co najmniej 25 % czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – za co otrzymał 10 punktów,

- nie zadeklarował co najmniej 50 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował co najmniej 25 % pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu – postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków, w rezultacie nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością - za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

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

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat - za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący zaoferował cenę na poziomie 30,08 zł, za co otrzymał 2,5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 30,08 zł.

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

W dniu 04 kwietnia 2017 r. Komisja konkursowa podjęła uchwałę, zgodnie z którą w zakresie ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania możliwa była zmiana odpowiedzi z twierdzącej na negatywną, w sytuacji gdy oferent pozytywnie odpowiedział na pytanie o spełnianie warunku rankingującego, a z treści oferty wynikało, iż nie spełnia tego warunku oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno-medycznych (Komisja konkursowa stwierdzała zatem rozbieżność w treści samej oferty) - Komisja konkursowa uprawniona była w takim przypadku do dokonywania zmian odpowiedzi ankietowych na negatywne. Dokonanie takiej zmiany skutkowało odjęciem punktów za daną odpowiedź i obniżeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania. Ponadto jeśli oferent zaznaczył negatywnie odpowiedź rankingującą, a jednocześnie spełniał dodatkowo punktowany warunek (dotyczyło to pytań o wyniki kontroli oraz o dostępność) oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno-medycznych - Komisja konkursowa uprawniona była do zmiany odpowiedzi ankietowej na twierdzącą. Dokonanie takiej zmiany skutkowało dodaniem punktów za daną odpowiedź i zwiększeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania. Podkreślenia wymaga, iż powyższa zasada stosowana była w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższej uchwale okoliczności celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców.

Podkreślić należy, iż łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 61,5 pkt, podczas gdy, ostatnia z wybranych ofert, złożonych przez Oferenta z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia

w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej otrzymała 69 pkt. Ponadto ostatnia z wybranych ofert wyczerpała kwotę zobowiązania przeznaczoną przez WOW NFZ.

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 obecnym postępowaniu nie zostało zawarte 6 umów, a 5, albowiem wskazani oferenci wyczerpali „wartość zamówienia” określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01. Podkreślić należy, że w ogłoszeniu konkursowym wskazano, że zostanie zawarte maksymalnie 6 (słownie: sześć) umów, a nie że taka liczba umów zostanie zawarta.

Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Stwierdzić zatem należy, iż rozpisanie konkursu na podstawie którego zostanie zawarte mniej umów niż jest oferentów, czy też zostanie zawarta mniejsza ilość umów niż jest maksymalnie przewidziana w przypadku wyczerpania wartości zamówienia nie narusza prawa.

W tym miejscu po raz wtóry podkreślić należy, że 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. Stąd też do zadań organu odwoławcze nie należy korygowanie uzyskanej przez Odwołującego punktacji, która to z winy Odwołującego mogła zostać zaniżona. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 13 czerwca 2013 r. (sygn. akt: VI SA/Wa 508/13) podniósł, że: *„Podkreślić należy za organem, że komisja konkursowa prowadzi postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opierając je na zasadach pewności i gwarancji, nie zaś na zasadzie ryzyka co do ewentualnego spełnienia przez oferenta warunków określonych w przepisach prawa. Skarżąca złożyła konkretną ofertę, która została oceniona przez komisję konkursową na podstawie danych, które zawierała. Zgodnie z § 17 ust. 4 zarządzenia*

Prezesa NFZ nr 46/2011/DSOZ po upływie terminu składania ofert, oferent był związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Oferta złożona w postępowaniu jest wiążąca dla komisji konkursowej i w oparciu o zawarte w niej treści dokonuje się jej sprawdzenia i oceny. Ryzyko prawidłowego sporządzenia oferty spoczywa na oferencie. Ewentualne braki i pomyłki w ofercie obciążają wyłącznie oferenta. Oferent winien przed złożeniem oferty skrupulatnie ją przygotować, by nie zaistniały przesłanki do jej odrzucenia”.

Odnosząc się do zarzutu dotyczącego nieprzyznania punktów za kryterium dotyczące zatrudnienia co najmniej 25% pielęgniarek w wymiarze równoważnika 1 etatu podnieść należy, że akta sprawy nie pozwalają stwierdzić, że Komisja konkursowa popełniła w tym zakresie błąd. Komisja konkursowa działając na podstawie §17 ust. 1 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 pismem z dnia 22 marca 2017 r. wezwwała odwołującego do wyjaśnień w tym zakresie wskazując, że oświadczenie to nie znajduje odzwierciedlenia w szczegółach oferty formularza ofertowego. Komisja podjęła więc kroki mające na celu wnikliwe wyjaśnienie sprawy. W odpowiedzi na wezwanie pismem z dnia 23 marca 2017 r. Odwołujący złożył następujące oświadczenie: „Wniosuję o skorygowanie danych dotyczących formularza ofertowego w pytaniu 1.1.4 – pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu co najmniej 25% udzielono odpowiedzi TAK. Przepraszam, ale nie zrozumiałam intencji świadczeniodawcy. Wyliczyłam prawidłowo 25% do ogólnej ilości etatów pielęgniarskich a nie do ilości pielęgniarek. Przepraszam za pomyłkę”.

Mając powyższe na względzie nie może się ostać stanowisko z którego wynika, że Odwołujący został nierówno potraktowany, czy też, że Komisja nie dopełniła staranności w powyższym zakresie.

Podkreślić należy, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-17-000125/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.

Odnosząc się do argumentów Odwołującego z których wynika, że ofertę złożył w terminie, odpowiedział na wszystkie złożone wyjaśnienia w przewidzianym terminie, spełnił wszystkie warunki formalne wskazać należy, że Komisja konkursowa miała to na uwadze, albowiem nie stwierdziła żadnych uchybień z tym związanych.

Odwołujący podniósł również w odwołaniu, że umowę dotyczącą pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej świadczy od 11 lat w sposób solidny opiekując się pacjentami w stanie bardzo ciężkim. W tym miejscu wskazać należy, że Odwołujący w ankiecie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na

podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie przez 5 lat za co otrzymał 5 punktów. Oświadczenie złożone w ankiecie, z tego co wynika z systemów informatycznych WOW NFZ jest zgodne z prawdą, albowiem Odwołujący uzyskał umowę z Funduszem na świadczenia pielęgniarские w opiece długoterminowej dopiero w 2009 r. Podkreślić jednak należy, że nawet jeżeli w trakcie trwania konkursu Odwołujący udowodniłby, że umowę wykonuje ponad 10 lat, to otrzymałby dodatkowe 5 punktów, co nie miałoby wpływu na zakończone postępowanie.

Odnosząc się do argumentu z którego wynika, że dotychczasowi podopieczni Odwołującego mogą zostać bez opieki, wyjaśnić należy, że Ustawa w przypadku zakończenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi, że świadczeniodawca:

- zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania, w przypadku skierowania w postaci papierowej, albo umożliwia ponowne użycie skierowania w postaci elektronicznej przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym, o który mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w przypadku skierowania w postaci elektronicznej (art. 20 ust. 2b Ustawy);
- świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie (art. 20 st. 10a Ustawy);
- świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 20 ust. 10b Ustawy);
- jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy (art. 20 ust. 10c Ustawy).

Ponadto zaś już objęci leczeniem będą mogli ubiegać się o udzielanie na ich rzecz świadczeń zdrowotnych u innych świadczeniodawców.

Ustosunkowując się do argumentu z którego wynika, że żaden ze oferentów, którzy wygrali konkurs nie będzie świadczył usług na terenie całego powiatu poznańskiego ze względu na fakt, że ich siedziby znajduje się w znacznej odległości wskazać należy, że wybrani oferenci są zobowiązani świadczyć usługi na terenie całego powiatu poznańskiego i zapewnić pacjentom równy i niedyskryminujący dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. W tym miejscu zapewnić należy, że w przypadku uchylania się od tego obowiązku Fundusz podejmie stanowcze, przewidziane prawem działania mające na celu usunięcie naruszeń.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000125/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 o zawarcie umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie i 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

Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
Krzysztof Filipowicz

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 8 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. Dorota Czajka, Elżbieta Teclaw, ul. Augusta Cieszkowskiego 21b, 62-030 Luboń,
3. Pielęgniarskie Centrum Opieki Sp. z o.o., Os. Leśne 14B/30, 62-028 Koziegłowy,
4. Renata Saidani, Os. Stare Żegrze 71/21, 61-249 Poznań,
5. "Med-Lux" Sp. z o.o., Rynkowa 63, 62-081 Przeźmierowo,
6. Zdrowie Praktyka Pielęgniarska i Położnej Czaplińska Mariola, Niedźwiedź Anna Sp. J., ul. Poznańska 24, 62-060 Sęszew,
7. A/A. – 2 Egz.

Opracował: Paweł Ludwiczak – Wow Nfz