Poznań, dnia 23. 08. 2017

WO.422.81.2017

DECYZJA NR 71/2017/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 2017 r. poz. 1257), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 lipca 2017 roku postępowania nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 sierpnia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, wniesionego przez Zbigniewa Olesińskiego prowadzącego zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Trzemeszeńska Rodzinno-Specjalistyczna Przychodnia Lekarska „LUXMED" z siedzibą w Trzemesznie (62-240) przy ul. Langiewicza 2, 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 26 czerwca 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 sierpnia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym.

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 117 156,15 zł na okres rozliczeniowy od dnia 15 sierpnia 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 2 (słownie: dwie).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 31 lipca 2017 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W dniu 8 sierpnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Zbigniewa Olesińskiego prowadzącego zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Trzemeszeńska Rodzinno-Specjalistyczna Przychodnia Lekarska z siedzibą w Trzemesznie (62-240) przy ul. Langiewicza 2, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 31 lipca 2017 roku postępowania nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i

hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, Odwołujący w swoim odwołaniu podnosi zarzut naruszenia przez komisję konkursową art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz z pominięciem zasad uczciwej konkurencji. Na poparcie powyższego zauważa, iż komisja konkursowa dokonała wyboru ofert, których ocena była niepełna, nierzetelna i nieprawidłowa. Nadto wskazuje, iż oferta złożona przez niego w niczym nie ustępowała ofertom złożonym przez innych świadczeniodawców pod względem kwalifikacji personelu medycznego, posiadanego sprzętu medycznego i pomocniczego oraz zapewnienia kompleksowości, ciągłości i dostępności do świadczeń. Odwołujący podkreśla również, że przez wiele lat udzielał świadczeń w hospicjum domowym na terenie powiatu gnieźnieńskiego w ramach umów zawartych z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym do dnia 30 czerwca 2017 roku, czyli jeszcze po ogłoszeniu konkursu w przedmiotowym postępowaniu. Jak twierdzi Odwołujący kontrole przeprowadzane w miejscu udzielania przez niego świadczeń we wskazanym okresie zawsze kończyły się opinią pozytywną. Jednocześnie wskazuje, że zaproponował cenę za jednostkę rozliczeniową o 10% niższą od ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu, a jego oferta cenowa była najniższą w porównaniu do cen zaproponowanych przez innych oferentów. Ponadto Odwołujący podnosi, iż w dniu 31 lipca 2017 roku przeprowadzona została przez komisję konkursową po raz drugi weryfikacja danych zawartych w jego ofercie odnośnie pomieszczeń i sprzętu medycznego, która zakończyła się wynikiem pozytywnym. W tym samym dniu został opublikowany komunikat o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego. Nadto Odwołujący argumentuje, że został pominięty w negocjacjach prowadzonych z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, w których uczestniczyli inni świadczeniodawcy. Zdaniem Odwołującego rozstrzygnięcie konkursu winno nastąpić najwcześniej w dniu 1 sierpnia 2017 roku w celu umożliwienia mu wzięcia udziału w negocjacjach. W jego opinii rozstrzygnięcie konkursu nastąpiło w czasie, gdy trwała jeszcze u niego kontrola pomieszczeń i sprzętu. W konsekwencji powyższego, rozstrzygnięcie postępowania w przedmiotowej sprawie nastąpiło zdaniem Odwołującego z naruszeniem przez komisję konkursową art. 134 Ustawy, czego przejawem była nieobiektywna w jego opinii ocena ofert z wyłączeniem niektórych świadczeniodawców z negocjacji. Jednocześnie Odwołujący oświadczył, że będzie chciał skorzystać z prawa, zgodnie z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1257) do zapoznania się z dokumentacją prowadzonego postępowania administracyjnego i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Zbigniewa Olesińskiego, pismami z dnia 9 sierpnia 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 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 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 23 sierpnia 2017 roku.

W dniu 16 sierpnia 2017 roku Odwołujący skorzystał z uprawnień wglądu w akta sprawy.

Kolejno, w dniu 21 sierpnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującego, w którym podnosi on, iż żaden z lekarzy zatrudnionych u oferenta Magdaleny Rybickiej-Dworczak, Marty Pawlickiej nie posiada specjalizacji w zakresie medycyny paliatywnej, a punktacja za przedmiotowe kryterium (jakość) jest porównywalna z pozostałymi ofertami. Ponadto zdaniem Odwołującego konkurencyjną ofertę Magdaleny Rybickiej-Dworczak, Marty Pawlickiej cechuje skromny wykaz sprzętu. Jednocześnie Odwołujący wskazuje, że z dokumentacji prowadzonego postępowania nie wynika dlaczego tylko niektórzy oferenci zostali zaproszeni na negocjacje oraz o której godzinie dokonano rozstrzygnięcia konkursu, co w jego opinii rodzi domniemanie, iż rozstrzygnięcie postępowania konkursowego miało miejsce w czasie, gdy u Odwołującego miała miejsce kontrola sprzętu medycznego.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 lipca 2017 roku postępowania numer 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 sierpnia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum 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 oferentów w postępowaniu nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 sierpnia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym oferty złożyli :1. Odwołujący Zbigniew Olesiński, 2. Ewa Sierakowska-Grottel ul. Świt 47, 60-375 Poznań, 3. Magdalena Rybicka-Dworczak, Marta Pawlicka ul. Nacławska 15, 64-000 Kościan, 4. CURATIO – Pielęgniarki Klimaszczyk, Marciniak spółka partnerska, ul. Sianowska 151 A, 60-458 Poznań.

Postępowanie nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1347 ze zm.),
- 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 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. ,
- zarządzenia Nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna ze zm.,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 26 czerwca 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż Komisja Konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w trakcie prowadzenia części jawnej postępowania odrzuciła ofertę złożoną przez CURATIO – Pielęgniarki Klimaszczyk, Marciniak spółka partnerska, ul. Sianowska 151 A, 60-458 Poznań. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano oferty pozostałych 3 oferentów, jako spełniające wymagane warunki, tj. : 1. Odwołującego Zbigniewa Olesińskiego, 2. Ewę Sierakowską-Grottel ul. Świt 47, 60-375 Poznań, 3. Magdalenę Rybicką-Dworczak, Martę Pawlicką ul. Nacławska 15, 64-000 Kościan

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 ust. 7 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 55,00 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 -15,00 pkt),
   c) pozostałe warunki, w tym:
      - posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1,00 pkt),
2. kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez :
   a) realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie : świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym (4,00 pkt),
   b) realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej (4,00 pkt),
3. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
   a) realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (5,00 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 nieprzerwanie od 5 lat (5,00 pkt),
4. inne warunki oceniane, tj. współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (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 25,00 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:

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

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

gdzie:

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

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

C_{min} - 0,9 x C_{NFZ},

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ}- cena oczekiwana,

s – maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,

A – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} < C_{min}$,

B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} \geq C_{min}$.

Dnia 31 lipca 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym wskazano :

- Ewę Sierakowską-Grottel ul. Świt 47, 60-375 Poznań,
- Magdalenę Rybicką-Dworczak, Martę Pawlicką ul. Nacławska 15, 64-000 Kościan.

Oferta złożona przez Odwołującego nie została wybrana. Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania po wyborze ofert, które uzyskały największą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA							
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
Ewa Sierakowska-Grottel	19,60	0,00	4,00	55,00	0,00	0,00	78,60	TAK
Magdalena Rybicka-Dworczak, Marta Pawlicka	25,00	10,00	0,00	39,00	0,00	0,00	74,00	TAK
Zbigniew Olesiński	25,00	0,00	0,00	39,00	0,00	0,00	64,00	NIE

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty złożonej przez Odwołującego, gdyż liczba punktów jaką uzyskała jego oferta w toku oceny była mniejsza w stosunku do ofert, które zostały wybrane w trakcie prowadzonego postępowania i które wyczerpały zarówno maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania jak również „wartość zamówienia" określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01. Podkreślić należy, że porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba punktów, która kwalifikowała oferty do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym w przypadku postępowania nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 to 74,00 pkt. I właśnie oferenci, których oferty w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskały łączną liczbę oceny co najmniej 74,00 pkt, zostali wskazani jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym. W tym miejscu wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Opieka paliatywna i hospicyjna – część wspólna" i pkt 2 „Przedmiot postępowania : Hospicjum domowe dla dorosłych" Tabeli nr 1 „Opieka paliatywna i hospicyjna" załącznika nr 11 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna" do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert określenia

warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 2 „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej" do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zarządzenia Nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY" oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym i uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Ewa Sierakowska-Grottel :

w zakresie kryterium ciągłości:

- 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, **przy czym uznając, że kryterium ciągłości nie może być spełnione przez oferenta, który proces leczenia świadczeniobiorców realizował na podstawie umowy obowiązującej do dnia 30 czerwca 2017 roku i jednocześnie złożył ofertę w postępowaniu zmierzającym do zawarcia nowych umów obowiązujących od dnia 15 sierpnia 2017 roku decyzją Komisji Konkursowej (Uchwała z 25 lipca 2017 roku) zmieniono odpowiedź na „nie", co skutkowało nie przyznaniem 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, **przy czym uznając, że kryterium ciągłości nie może być spełnione przez oferenta, który proces leczenia świadczeniobiorców realizował na podstawie umowy obowiązującej do dnia 30 czerwca 2017 roku i jednocześnie złożył ofertę w postępowaniu zmierzającym do zawarcia nowych umów obowiązujących od dnia 15 sierpnia 2017 roku decyzją Komisji Konkursowej (Uchwała z 25 lipca 2017 roku) zmieniono odpowiedź na „nie", co skutkowało nie przyznaniem punktów.**

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej – co najmniej 50 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował zapewnienie lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej – co najmniej 75 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 15,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie lekarza z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej – co najmniej 30 % czasu wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej ¼ etatu na 15 świadczeniobiorców, za co otrzymał 6,00 punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych – co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – co najmniej ¼ etatu na 30 świadczeniobiorców, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

W zakresie kryterium kompleksowości :

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co otrzymał 4,00 punkty.

W zakresie warunków wymaganych zadeklarował, ze w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy 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 zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ceny oferent Ewa Sierakowska -Grottel zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 53,00 zł, za co otrzymał 19,60 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Magdalena Rybicka-Dworczak, Marta Pawlicka :

w zakresie kryterium ciągłości:

- 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 5,00 pkt,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 5,00 pkt.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej – co najmniej 50 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej – co najmniej 75 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie lekarza z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej – co najmniej 30 % czasu wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej ¼ etatu na 15 świadczeniobiorców, za co otrzymał 6,00 punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych – co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10,00 punktów,

- zadeklarował zapewnienie specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – co najmniej ¼ etatu na 30 świadczeniobiorców, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium kompleksowości :

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie warunków wymaganych zadeklarował, ze w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy 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 zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ceny oferent Magdalena Rybicka-Dworczak, Marta Pawlicka zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 50,57 zł, za co otrzymał 25,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Zbigniew Olesiński :

w zakresie kryterium ciągłości:

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

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnienie lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej – co najmniej 50 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych za co otrzymał 10,00 punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej – co najmniej 75 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował zapewnienie lekarza z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej – co najmniej 30 % czasu wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej ¼ etatu na 15 świadczeniobiorców, za co otrzymał 6,00 punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych – co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – co najmniej ¼ etatu na 30 świadczeniobiorców, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium kompleksowości :

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie warunków wymaganych zadeklarował, ze w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy 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 zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ceny oferent Zbigniew Olesiński zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 50,19 zł, za co otrzymał 25,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-

000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym prowadzone wskazać należy, co następuje.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 64,00 pkt, podczas gdy ostatnia z wybranych ofert oferentów, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym otrzymała 74,00 pkt. W tym miejscu wskazania wymaga, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 26 czerwca 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu tegoż postępowania zawrze maksymalnie dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oferta Odwołującego nie została wybrana, ze względu na fakt, iż ilość świadczeń zaoferowanych do wykonania przez oferentów, którzy wskazani zostali jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a którzy w prowadzonym postępowaniu zadeklarowali lepsze warunki realizacji umowy w związku z czym uzyskali większą liczbę punktów, wyczerpała niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie w tym postepowaniu. Ponadto wybór dwóch oferentów tj. Ewy Sierakowskiej-Grottel i Magdaleny Rybickiej-Dworczak, Marty Pawlickiej wyczerpał również maksymalną liczbę umów przewidzianych do zawarcia przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w tym postepowaniu. Jednocześnie podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż zgodnie z § 15 ust. 1 i 2 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.) do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia oraz kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Oferta Odwołującego uzyskała najniższą ocenę punktową w zakresie kryteriów niecenowych, a ponieważ Odwołujący zaoferował cenę w wysokości 50,19 zł za punkt rozliczeniowy, to w wyniku jej porównania z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w

sprawie zawarcia umowy Odwołujący otrzymał za kryterium ceny maksymalną ilość punktów tj. 25,00. Dlatego też argument Odwołującego o nieobiektywnej ocenie ofert i wyłączeniu go z uwagi na powyższe z procesu negocjacji uznać należy za chybiony. Bezpośrednim celem negocjacji, zwłaszcza zaś ich rezultatem, nie jest zawarcie umowy ze świadczeniodawcą, lecz ostateczne ustalenie dwóch niezbędnych składników oferty zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej spośród złożonych ofert. Zauważyć należy, iż wyłonienie świadczeniodawcy w postępowaniu konkursowym ma na celu przede wszystkim realizację ustawowego zadania tj. zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przy tym 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. W konkluzji stwierdzić należy, iż Odwołujący nie został zaproszony do negocjacji, gdy z jego oferta w zakresie kryteriów niecenowych otrzymała najniższa punktację, a z uwagi na zaproponowaną przez niego cenę za jednostkę rozliczeniową otrzymał on w zakresie kryterium ceny maksymalną ilość punktów tj. 25,00, nie mógł zatem w ramach negocjacji poprawić swojej pozycji w rankingu. Tym samym to względy ekonomiki procesowej legły u podstaw decyzji komisji konkursowej o niezaproszeniu Odwołującego do negocjacji.

Odnosząc się do zarzutu, iż wobec przeprowadzonej w dniu 31 lipca 2017 roku weryfikacji przez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, rozstrzygnięcie postępowania konkursowego nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 winno nastąpić najwcześniej w dniu 1 sierpnia 2017 roku, stwierdzić należy, iż z uwagi na zakończenie prac komisji konkursowej tj. przeprowadzenie weryfikacji oraz negocjacji wyznaczonych na dzień 31 lipca 2017 roku, brak było podstaw do zmiany terminu rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania przewidzianego w ogłoszeniu z dnia 26 czerwca 2017 roku o postępowaniu w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 sierpnia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym. Tym samym uznać należy, iż komisja konkursowa postąpiła zgodnie z regulacją zawartą w § 26 ust. 1 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., które to zarządzenie wskazane zostało w ogłoszeniu z dnia 26 czerwca 2017 roku o postępowaniu w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01. Skoro Odwołujący złożył ofertę w postępowaniu nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, to należy przyjąć, że miał możliwość i zapoznał się z treścią ogłoszenia, a więc również z przepisami wskazanymi w niniejszym ogłoszeniu jako podstawa wymagań, jakie musi spełnić świadczeniodawca zamierzający złożyć ofertę. Ponadto w przedmiotowym ogłoszeniu znalazła się informacja o udostępnieniu wszystkich materiałów informacyjnych zarówno w siedzibie

Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i na stronie internetowej www.nfz-poznan.pl. Co więcej, Odwołujący złożył oświadczenie według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., że zapoznał się z przepisami przedmiotowego zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń i że przyjmuje je do stosowania. Żaden z przytoczonych powyżej przepisów nie kreuje obowiązku komisji konkursowej do wskazania w komunikacie o rozstrzygnięciu postępowania godziny dokonania przedmiotowego rozstrzygnięcia. Za nieprzyznaniem racji Odwołującemu w przedmiocie zarzutu rozstrzygnięcia postępowania w czasie, gdy u Odwołującego trwały czynności weryfikacyjne przemawia przy tym fakt, iż ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania zawiera podpisy wszystkich członków komisji, a więc tym samym fizycznie niemożliwe było jednoczesne dokonanie rozstrzygnięcia postępowania i przeprowadzenie weryfikacji przez te same osoby (członków komisji konkursowej). Samo rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło już po zakończeniu czynności weryfikacji. Podsumowując powyższe stwierdzić należy, iż zarzut Odwołującego w zakresie przedwczesnego rozstrzygnięcia postepowania konkursowego nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 jest bezzasadny.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego wskazanego w odwołaniu dotyczącego naruszenia przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, wskazać należy, iż zgodnie z § 3 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 przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 26 czerwca 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu ww. postępowania zawrze maksymalnie dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, i to z oferentami, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Oferta Odwołującego nie została wybrana, ze względu na fakt, iż oferenci, którzy wskazani zostali jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w prowadzonym postępowaniu zadeklarowali lepsze warunki realizacji umowy i w konsekwencji uzyskali większą liczbę punktów. Obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia jest zapewnienie w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Przepis art. 134 Ustawy formułuje jedną z podstawowych zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązuje ponadto zasada niezmienności i jawności kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców, co wynika z art. 147 w związku z art. 139 ust. 3 pkt 3 Ustawy. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje więc nie tylko kompleksowość czy jakość udzielanych świadczeń, ale także ich dostępność, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją oraz ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Określone w art. 148 Ustawy oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kryteria ocen muszą być stosowane jednolicie przez komisję konkursową wobec wszystkich oferentów. Podniesiony przez Odwołującego argument, że inny oferent (Magdalena Rybicka-Dworczak, Marta Pawlicka) przedstawił w ofercie skromny wykaz sprzętu oraz, że żaden z zatrudnionych u innego oferenta lekarzy nie posiada specjalizacji w zakresie medycyny paliatywnej, a mimo to oferent ten został wskazany przez komisję konkursową jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w prowadzonym postępowaniu uznać należy za chybiony, gdyż wszystkie oferty zostały ocenione według tych samych kryteriów, co znalazło odzwierciedlenie w przyznanej punktacji. Ponadto stwierdzić należy, iż komisja konkursowa dokonując oceny złożonych ofert kierowała się wymaganiami dotyczącymi personelu przewidzianymi w załączniku nr 2 „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej" do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, który wskazuje, iż kryterium wymaganym dla personelu lekarskiego w hospicjum domowym dla dorosłych jest posiadanie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej lub może to być lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnie medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców. Analiza dokumentów przedłożonych przez oferenta Magdalenę Rybicką-Dworczak, Martę Pawlicką wiedzie do wniosku, iż lekarze przez niego zatrudnieni posiadają wymagane ww. rozporządzeniem kwalifikacje tj. legitymują się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnie medyczną

posiadającą uprawnienia do kształcenia podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, zatem dokonana w tym zakresie przez komisję konkursową ocena była prawidłowa. Jednocześnie należy zauważyć, iż komisja konkursowa zweryfikowała zadeklarowany przez oferenta Magdalenę Rybicką-Dworczak, Martę Pawlicką sprzęt medyczny i pomocniczy. W wyniku tejże weryfikacji stwierdzono, iż kwestionowany przez Odwołującego wykaz sprzętu oferenta Magdaleny Rybickiej-Dworczak, Marty Pawlickiej jest zgodny ze stanem faktycznym, a przede wszystkim w ilości wskazanej jako wymagana w załączniku nr 2 „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej" do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Przywołany przepis określa poniższe wymagania dla sprzętu medycznego i pomocniczego dla świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach domowych:

1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 świadczeniobiorców;
2) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 świadczeniobiorców;
3) inhalatory;
4) glukometry;
5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego;
6) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na 20 świadczeniobiorców;
7) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie;
8) neseser pielęgniarski dla każdej pielęgniarki wyposażony w:

a) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku:

- do wykonania iniekcji:
- - igły, strzykawki, wenflony,
- - zestaw niezbędnych płynów dezynfekcyjnych i odkażających,
- do przetaczania płynów:
- - aparat do kroplowych wlewów dożylnych,
- - zestaw gazików, plastry,
- - stazę,
- do wykonania opatrunków:
- - serwety, pakiety opatrunkowe,
- - podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, nożyczki, miskę nerkową,
- pakiet ochronny przed zakażeniem: maseczki, rękawice, fartuch,
- sprzęt do płukania pęcherza moczowego lub przetoki:
- - strzykawkę jednorazowego użytku 50 ml,
- - strzykawkę specjalistyczną 50/60 K z końcówką cewnikową,
- sprzęt do karmienia przez zgłębnik:

- - sondę żołądkową,
- - strzykawkę jednorazowego użytku 20 ml,

b) zestaw przeciwwstrząsowy: leki, rurkę ustno-gardłową, maseczkę do reanimacji z filtrem,

c) sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi,

d) testy do obrazowego oznaczania wartości cukru we krwi i w moczu,

e) pakiet do mycia i odkażania rąk.

W tym miejscu wskazania wymaga, iż wynik weryfikacji dokonanej przez komisję konkursową znalazł swoje odzwierciedlenie w protokole z weryfikacji przeprowadzonej w dniu 21 lipca 2017 roku, z którym to dokumentem Odwołujący miał możliwość się zapoznać w dniu 16 sierpnia 2017 roku, gdy skorzystał z przysługującego mu prawa wglądu w akta sprawy.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w złożonym odwołaniu nie wykazano, by Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000768/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, a zatem należy uznać, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych

.....

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się

za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 5 egzemplarzach:

1. Odwołujący Zbigniew Olesiński – 1 egz.,
2. Ewa Sierakowska-Grottel – 1 egz.
3. Magdalena Rybicka-Dworczak, Marta Pawlicka – 1 egz.,
4. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Marciniak-Pilarska – Wydział Organizacyjny.