

Poznań, dnia 2 stycznia 2017 roku

WO-DP.422.12.2016

DECYZJA NR 1/2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 15 grudnia 2016 roku postępowania nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, wniesionego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu (61-848) przy ul. Długiej 1/2, 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), ogłosił w dniu 10 listopada 2016 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia.

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 123 120,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 1.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 15 grudnia 2016 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

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

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

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

Dnia 20 grudnia 2016 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu (61-848) przy ul. Długiej 1/2, zwany dalej „Odwołującym”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 15 grudnia 2016 roku

postępowania nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, Odwołujący podnosi, iż złożenie przez niego odwołania związane jest z koniecznością zapewnienia pacjentom badań kolonoskopii po dniu 1 stycznia 2017 roku. Nadto wskazuje, iż Pracownia Endoskopii Odwołującego wyposażona została w specjalistyczny sprzęt do badań endoskopowych przewodu pokarmowego w ramach środków z funduszu norweskiego, a specjaliści wykonujący badania posiadają duże doświadczenie oraz niezbędne certyfikaty uprawniające do wykonywania ww. badań. Odwołujący podkreśla również, że nie wskazywało na to, iż okres obowiązywania zawartej pomiędzy Odwołującym a Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia na okres od dnia 15 czerwca 2016 roku do dnia 31 grudnia 2016 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia nie zostanie przedłużony do dnia 30 czerwca 2017 roku. Odwołujący podnosi ponadto, iż jest podmiotem realizującym świadczenia z zakresu onkologii, leczy pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową przewodu pokarmowego, a diagnostyka i zabiegi endoskopowe stanowią podstawę w diagnozowaniu i leczeniu chorób nowotworowych przewodu pokarmowego. Dlatego, w ocenie Odwołującego, powinien on kontynuować realizację badań z zakresu kolonoskopii w 2017 roku. Dodatkowo wskazuje na okoliczność, iż jest realizatorem programu zakładającego wykonywanie badań przesiewowych raka jelita grubego w latach 2016-2018 finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia oraz, że fakt realizacji ww. programu znalazł wyraz w warunkach dotyczących kryteriów ocen złożonych ofert (dodatkowe punkty dla realizatorów programu finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia).

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 21 grudnia 2016 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01, 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. Żadna ze stron nie skorzystała z powyższych uprawnień. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 2 stycznia 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 15 grudnia 2016 roku postępowania numer 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, 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 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia oferty złożyli Odwołujący oraz Szpital Miejski im. Franciszka Raszei, ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań.

Postępowanie nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 357),
- 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),
- zarządzenia Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,

- zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 10 listopada 2016 roku.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki, wszystkie oferty złożone w postępowaniu nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, tj. ofertę Odwołującego oraz ofertę Szpitala Miejskiego im. Franciszka Raszei.

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. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
 - a) kwalifikacje personelu (maksymalnie 35,00 pkt),
 - b) realizację wybranych świadczeń (maksymalnie 23,00 pkt),
 - c) 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 -23,00 pkt),
 - d) pozostałe warunki, w tym:
 - posiadanie certyfikatu systemu zarządzania (maksymalnie 2,00 pkt),
 - prowadzenie dokumentacji medycznej (maksymalnie 5,00 pkt),

- wykonanie świadczeniobiorcy do 18. r. życia świadczeń, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (maksymalnie 2,00 pkt)
2. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez:
- a) organizację udzielania świadczeń (maksymalnie 3,00 pkt),
 - b) dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych (maksymalnie 2,00 pkt),
 - c) czas pracy poradni w tygodniu (maksymalnie 6,00 pkt)
 - d) stosunek łącznego czasu pracy lekarzy w poradni w tygodniu do czasu pracy poradni w tygodniu (maksymalnie 3,00 pkt),
3. zapewnienie kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – rozumianej jako możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki (maksymalnie 2,00 pkt),
4. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
- 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),
 - realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - nieprzerwanie od 5 lat,
 - nieprzerwanie od 10 lat (maksymalnie 5,00 pkt),
5. inne warunki oceniane, w tym:
- współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),
 - brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy – dotyczy podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą utworzonych po 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania (-8,00 pkt)
6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 5,00 pkt).

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

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

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

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

gdzie:

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

C_{maks} - 1,1 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 15 grudnia 2016 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia wskazano oferenta Szpital Miejski im. Franciszka Raszei, ul. Mickiewicza 2 60-834 Poznań.

Oferta złożona przez Odwołującego nie została wybrana. Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania po wyborze oferty, która uzyskała największą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
Szpital Miejski im. Franciszka Raszei	2,50	0,00	2,00	54,00	2,00	60,50	TAK
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	5,00	5,00	2,00	26,00	4,00	42,00	NIE

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty złożonej przez Odwołującego, gdyż liczba punktów jakie uzyskała jego oferta w toku oceny była mniejsza w stosunku do oferty, która została wybrana w trakcie prowadzonego postępowania i która wyczerpała 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 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01. 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 ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia w przypadku postępowania nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 to 60,50 pkt. I właśnie oferent, którego oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę oceny 60,50 pkt, został wskazany jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia.

W tym miejscu wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – część wspólna” i Tabeli nr 3 „Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne ASDK” załącznika nr 2 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz załącznika nr 2 „WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W PRZYPADKU BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz zarządzenia Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia i uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Szpital Miejski im. Franciszka Raszei:

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

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnianie lekarza specjalisty w dziedzinie gastroenterologii – 100 % czasu pracy pracowni, za co otrzymał 35,00 punktów,
- w zakresie realizacji wybranych świadczeń zadeklarował wykonanie przez oferenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie co najmniej: 1) 500 kolonoskopii bez polipektomii lub 2) 300 kolonoskopii z polipektomią, za co otrzymał 15,00 punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował wykonania świadczeniobiorcom do 18. roku życia świadczeń, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 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 nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie

12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, 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 udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, 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 co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, 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 i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium kompleksowości zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a pkt 3 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 2,00 punkty.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował co najmniej 24 godzin czasu pracy poradni w tygodniu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, iż łączny czas pracy lekarzy w poradni w tygodniu jest wyższy niż czas pracy poradni w tygodniu, 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. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,
- wskazał, iż nie dotyczy go warunek braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Szpital Miejski im. Franciszka Raszei zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 9,50 zł, za co otrzymał 2,50 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Szpital kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu:

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 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 nie otrzymał punktów.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie gastroenterologii – co najmniej 50 % czasu pracy pracowni, nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie gastroenterologii – co najmniej 75 % czasu pracy pracowni oraz nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie gastroenterologii – 100 % czasu pracy pracowni, za co nie otrzymał punktów,
- w zakresie realizacji wybranych świadczeń zadeklarował wykonanie przez oferenta w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie łącznie procedur medycznych co najmniej: 1) 500 gastroskopii; 2) 300 kolonoskopii bez polipektomii lub 3) 300 kolonoskopii z polipektomią, za co otrzymał 18,00 punktów,
- zadeklarował realizację umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, za co otrzymał 5,00 punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował wykonania świadczeniobiorcom do 18. roku życia świadczeń, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 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 nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, 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 udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, 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 co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, 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 i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium kompleksowości zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a pkt 3 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 2,00 punkty.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie, za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował, iż łączny czas pracy lekarzy w poradni w tygodniu jest wyższy niż czas pracy poradni w tygodniu, 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,
- wskazał, iż nie dotyczy go warunek braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,54 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Ponadto wskazać należy, iż powyżsi oferenci zadeklarowali, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem

niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia wskazać należy, co następuje.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 42,00 pkt, podczas gdy, ostatnia i zarazem jedyna wybrana oferta oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia otrzymała 60,50 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 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 10 listopada 2016 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu tegoż postępowania zawrze jedną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć co najmniej jedną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, tj. z oferentem, którego oferta uzyskała najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanego w rankingu końcowym oferenta wyczerpał zarówno liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01, zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, jak również wyczerpał środki finansowe przeznaczone na udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badanie endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia w wyniku przeprowadzonego postępowania.

O miejscu w rankingu końcowym zdecydowała punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskał oferent wybrany w rankingu ofert. Nadto, określona w ogłoszeniu wartość przedmiotu zamówienia, tj. wartość jaka przeznaczona została na udzielanie świadczeń w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego – kolonoskopia na obszarze gminy Poznań-Jeżyce, została wyczerpana po wyborze jednej oferty. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przede wszystkim przekroczenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania, jak również spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Odnosząc się do zarzutu, iż niewybranie Odwołującego w postępowaniu konkursowym nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 jako podmiotu, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia spowodowało, że pacjenci, którym wyznaczono termin badania po dniu 1 stycznia 2017 roku pozostaną bez możliwości przeprowadzenia badań wskazać należy, co następuje. Komisja konkursowa, ogłaszając w dniu 15 grudnia 2016 roku o rozstrzygnięciu ww. postępowania, poinformowała, że w wyniku przeprowadzonego postępowania wybrano oferenta Szpital Miejski im. Franciszka Raszei, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia. W związku z powyższym Oddział Funduszu, dokonując ww. rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 i wybierając do zawarcia umowy oferenta Szpital Miejski im. Franciszka Raszei, zabezpieczył udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia na obszarze gminy Poznań-Jeżyce. Natomiast, zgodnie z przepisem art. 20 ust. 10a Ustawy w przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 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. Jak zaś stanowi ust 10c ww. artykułu świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy oraz oryginał skierowania. Zatem wskazać należy, iż niewybranie w

postępowaniu konkursowym Odwołującego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia nie spowoduje pozostawienia pacjentów, którym wyznaczono termin badania endoskopowego przewodu pokarmowego – kolonoskopii po dniu 1 stycznia 2017 roku, bez możliwości jego wykonania, a to z uwagi na ustawowy mechanizm zabezpieczający wprowadzony przez art. 20 Ustawy. Dla pacjenta nie zmieni się również ilość podmiotów realizujących na obszarze dzielnicy Poznań-Jeżyce świadczeń w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego – kolonoskopia.

Na marginesie wskazać należy, iż bez wpływu na niniejsze rozstrzygnięcie pozostaje również okoliczność, iż Odwołujący realizuje świadczenia z zakresu onkologii i leczy pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową przewodu pokarmowego, a diagnostyka i zabiegi endoskopowe przewodu pokarmowego stanowią podstawę w diagnozowaniu i leczeniu chorób nowotworowych układu pokarmowego. Raz jeszcze podkreślić należy, iż wskutek wybrania w postępowaniu nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 oferenta Szpital Miejski im. Franciszka Raszei, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zabezpieczył udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia na obszarze gminy Poznań-Jeżyce, a tym samym zapewnił pacjentom wykonanie ww. badań endoskopowych przewodu pokarmowego. Ponadto zaznaczyć należy, iż okoliczność realizacji świadczeń z zakresu onkologii nie stanowiła elementu warunku rankingującego, w związku z czym oferent nie mógł otrzymać w powyższym zakresie dodatkowych punktów. Natomiast w zakresie współpracy pomiędzy realizacją programu zakładającego wykonywanie badań przesiewowych raka jelita grubego w latach 2016-2018 finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia a możliwością wykonywania badań finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wskazać należy, jak słusznie zauważył Odwołujący, za zadeklarowanie w pkt 2.3.2 rozdziału 2.3 Realizacja wybranych świadczeń części VIII Formularza ofertowego „ANKIETY” realizacji umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oferent otrzymywał dodatkowe punkty. Z uwagi na fakt, iż Odwołujący zadeklarował spełnianie ww. warunku otrzymał 5,00 pkt. Suma punktów za spełnianie innych dodatkowo ocenianych warunków pozwoliła jednak ofercie drugiego kontroferenta znaleźć się wyżej w rankingu ofert w postępowaniu nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01.

Bez znaczenia pozostaje również stwierdzenie Odwołującego, iż jego pracownia endoskopii została wyposażona w specjalistyczny sprzęt do badań endoskopowych przewodu pokarmowego w ramach środków z funduszu norweskiego oraz, że specjaliści wykonujący badania posiadają duże doświadczenie i wszystkie niezbędne certyfikaty uprawniające do wykonywania badań endoskopowych przewodu pokarmowego. W tym miejscu zauważyć należy, iż posiadanie przez oferentów wymaganego sprzętu, jako warunek wymagany, nie było dodatkowo punktowane. Dodatkowo punktowane było natomiast zadeklarowanie przez oferenta lekarza specjalisty w dziedzinie gastroenterologii odpowiednio co najmniej 50% czasu pracy pracowni, co najmniej 75 % czasu pracy pracowni lub 100% czasu pracy pracowni. Odwołujący w formularzu ofertowym nie zadeklarował, iż zatrudnia lekarza specjalistę w dziedzinie gastroenterologii co najmniej 50% czasu pracy pracowni, co najmniej 75 % czasu pracy pracowni lub 100% czasu pracy pracowni. Powyższe nie wynikało również z dokumentów załączonych do oferty Odwołującego. Zatem, dokonując oceny oferty komisja konkursowa właściwie uznała, iż Odwołujący nie mógł otrzymać punktów za spełnianie ww. warunku dotyczącego kwalifikacji personelu medycznego.

Odnosząc się natomiast do stwierdzenia, iż nic nie wskazywało na to, że zawarta pomiędzy Odwołującym a Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia nie zostanie przedłużona do dnia 30 czerwca 2017 roku wskazać należy, iż zgodnie z przepisem art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 2198) na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 roku. Z powyższego wynika, iż przedłużane do dnia 30 czerwca 2017 roku mogły być jedynie umowy, które obowiązywały w dniu wejścia w życie ww. ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, tj. takie, które obowiązywały w dniu 1 stycznia 2016 roku. Odwołujący realizował umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia zawartą na okres od dnia 16 czerwca 2016 roku do dnia 31 grudnia 2016 roku, zatem nie było możliwości przedłużenia ww. umowy a to z powodu faktu, iż nie obowiązywała ona w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, czyli w dniu 1 stycznia 2016 roku.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000033/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia. 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.

p.o. DYREKTOR
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Poznaniu

Paweł Lisik

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 4 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. Szpital Miejski im. Franciszka Raszei – 1 egz.,
3. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Marzena Kostuj – Wydział Organizacyjny.