

WO.422.23.2017

Poznań, dnia 25 maja 2017 r.

3/AG

DECYZJA NR ...²².../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 4 maja 2017 r. postępowania nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny wniesionego przez Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie, z siedzibą w Poznaniu przy ul. Garbary 15, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 3 marca 2017 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny, obszar powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski i wrzesiński.

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 248 480,50 zł na okres

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

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 04 maja 2017 r., nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

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

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

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

W dniu 4 maja 2017 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie, (zwanego dalej „Odwołującym”), w którym wniósł o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Jako, że rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 4 maja 2017 r., a pismo Odwołującego wpłynęło 4 maja 2017 r. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wezwał Odwołującego do wskazania, czy przedmiotowe pismo datowane na dzień 28 kwietnia 2017 r. (data wpływu do Funduszu 4 maja 2017 r.) stanowi odwołanie od rozstrzygnięcia konkursowego 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01. W odpowiedzi w dniu 11 maja 2017 r. wpłynęła odpowiedź Odwołującego, zgodnie z treścią, której pismo z dnia 04 maja 2017 r. stanowi odwołanie.

W piśmie z dnia 28 kwietnia 2017 r. (data wpływu: 4 maja 2017 r.), Odwołujący zarzuca komisji konkursowej, że:

- uzasadnienie odrzucenia oferty Wielkopolskiego Centrum Onkologii sprowadza się tylko do jednego zarzutu, iż na pytanie ankietowe z części VIII Formularza Ofertowego „Ankieta” w rozdziale 2.3 „Wykonywanie powyżej 15000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy udzielono odpowiedzi „Tak”;
- Komisja Konkursowa przeanalizowała dane zawarte w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) i Odwołujący zgadza się, że w tym Systemie nie są umieszczone wszystkie informacje dotyczące wykonywanych przez Odwołującego badań cytologicznych;
- Odwołujący oświadczył, że udzielając pozytywnej odpowiedzi na pytanie nie zamierzał wprowadzić Komisji Konkursowej w błąd. Nie umieszczono nieprawdziwych informacji, tylko informacje, które nie znalazły swojego odzwierciedlenia w jednym z systemów informatycznych. Ponadto wskazał, że gdyby wziąć pod uwagę system informatyczny ESKULAP, a nie tylko SIMP, liczba wykonanych badań przekraczałaby 15 000 badań cytologicznych;
- Odwołujący oświadczył, że zdaje sobie sprawę z oczywistej pomyłki pisarskiej, co również stwierdził w piśmie z dnia 20.04.2017r. znak: DFES.070-51-2/2530/2017;
- oświadczył, że z punktu widzenia jakości wskazana faktyczna liczba wykonywanych badań wskazana przez Odwołującego wymagana jest dla utrzymania potencjału diagnostycznego.

Co istotne w piśmie z dnia 10 maja 2017 r. (data wpływu: 11 maja 2017 r.) Odwołujący wniósł ponadto o wstrzymanie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu rozpatrzenia odwołania oraz o uwzględnienie odwołania przez ponowne rozpatrzenie oferty i zawarcie umowy. Odwołujący w swoim piśmie podniósł, że doszło do naruszenia zasady uczciwej konkurencji wynikającej z art. 134 ust 1 Ustawy, tym samym został naruszony interes prawny. Odwołujący wskazał również, że podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa oferta powinna podlegać rozpatrzeniu w ramach postępowania konkursowego. Artykuł 149 ust 1 pkt 7 Ustawy stanowi, że oferta może zostać odrzucona jeśli nie spełnia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2. Odwołujący w ankiecie formularza ofertowego w rozdziale 5 w pytaniu 5.5.1 dotyczącym spełnienia warunków wymaganych oświadczył, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku ze spełnieniem tego warunku oferta nie powinna zostać zdyskwalifikowana. W ocenie Odwołującego niespełnienie warunków rankingujących nie dyskwalifikuje oferenta z udziału w dalszym postępowaniu i zawarciu umowy, a skutkuje jedynie nieprzyznaniem dodatkowych punktów w ramach oceny oferty. Odwołujący ponownie powtórzył, że udzielając odpowiedzi „Tak” na punkt w ankiecie ofertowej tj.: na pytanie ankietowe z części VIII Formularza Ofertowego „Ankieta” w rozdziale 2.3 w brzmieniu: „Wykonywanie powyżej 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym

o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy" wziął pod uwagę wszystkie badania cytologii diagnostycznej wykonywane w Zakładzie Patomorfologii. Odwołujący podniósł, że udzielnie odpowiedzi nie wynikało z zamierzonych działań mających na celu wprowadzenie WOW NFZ w błąd, wskazując, że WOW NFZ ma dostęp do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), w którym na bieżąco sprawozdawane są świadczenia realizowane w ramach umowy z WOW NFZ, w zakresie profilaktycznego programu zdrowotnego raka szyjki macicy-etap diagnostyczny. Odwołujący zaznaczył, że w jego ocenie odpowiedź mogła tylko wyłącznie skutkować nie przyznaniem dodatkowych punktów w ramach oceny ofert. Odwołujący wskazał również, że ma świadomość, że WOW NFZ weryfikuje dane w systemie SIMP, i trudno jest przypisać zamiar Odwołującego zawarcia w ofercie nieprawdziwych informacji. Odwołujący oświadczył, że jego odpowiedź wynikała z niezrozumienia charakteru pytania albowiem w pytaniu nie ma informacji, że dotyczy to ewidencjonowania badań w systemie SIMP.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 28 maja 2017 r. oraz 10 maja 2017 r. 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 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01, 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 25 maja 2017 r.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 4 maja 2017 r. postępowania numer 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktycznej programy zdrowotnej w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez pozostałych oferentów w postępowaniu 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01, oraz dokumentację wytworzoną przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny oferty złożyły 3 podmioty, tj. Odwołujący oraz:

- Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Polna 33, 60-535 Poznań,
- A-Pat ul. Długa 4/28-29, 61-848 Poznań.

Postępowanie nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych ze zmianami (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1743);
- 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 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne
- zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

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

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01, działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy w dniu 21 kwietnia 2017 r. odrzuciła ofertę złożoną przez Odwołującego oraz Oferenta A-Pat.

Kolejno, komisja konkursowa, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, odrzuciła ofertę złożoną przez Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie, Oferent ten w części VIII. Ankiety FORMULARZA OFERTOWEGO, w rozdziale 2.3 BADANIA, w pkt 2.3.1 zadeklarował spełnienie wykonywania powyżej 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy. Ponadto w rozdziale 2.1 PERSONEL w pkt 2.1.2 zadeklarował zapewnienie doświadczenia personelu w wykonywaniu badań cytologicznych – ocena co najmniej 7000 badań cytologicznych w okresie

12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, pod kontrolą lekarza specjalisty w dziedzinie patomorfologii lub anatomii patologicznej. Ponadto Oferent na pytanie w rozdziale 2.4 POZOSTAŁE WARUNKI w pkt 2.4.3 zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań, co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.

W wyniku przeprowadzonej analizy udzielonych przez Oferenta odpowiedzi komisja konkursowa pismem z dnia 8 kwietnia 2017 r. wezwała Oferenta do złożenia wyjaśnień na podstawie art. 17 § 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy celem zweryfikowania podanych informacji. Komisja konkursowa poinformowała o rozbieżności ilości wykonanych badań w ramach profilaktycznego programu zdrowotnego informując, że z Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (Wykaz cytotechników/diagnostów laboratoryjnych z ilościami wykonanych badań dla OW NFZ 15 za okres od 2016-01-01 do 2016-12-31), wynika, iż Oferent wykonał we wskazanym wyżej okresie 11 464 badań. Ponadto Oferent został wezwany przez komisję konkursową do potwierdzenia doświadczenia zgodnie z udzieloną odpowiedzią na pytanie zapewnienia doświadczenia personelu w wykonywaniu badań cytologicznych – ocena co najmniej 7000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, pod kontrolą lekarza specjalisty w dziedzinie patomorfologii lub anatomii patologicznej. Komisja konkursowa w swoim piśmie poinformowała również, że warunek dodatkowo oceniany dotyczący pytania rankingującego w brzmieniu „Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku” zostaje spełniony wyłącznie w przypadku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Komisja konkursowa poinformowała, że uwzględniając kontekst sytuacyjny, w jakim sformułowano pytanie ankietowe pierwotne wskazanie przez oferenta w złożonej ofercie spełnienia warunku „Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku” przy założeniu, że prowadzi on wyłącznie indywidualną dokumentację medyczną (bez formy elektronicznej) nie będzie stanowiło podstawy odrzucenia oferty, a jedynie podstawę dla dokonania przez komisję konkursową stosownych korekt w dokonywanej ocenie oferty. Komisja konkursowa zwróciła się o złożenie wyjaśnień, czy oferent deklaruje spełnienie warunku związanego z „Prowadzeniem indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku” prowadzi ją w formie elektronicznej, a jeśli tak to wniosła o przedstawienie:

- upoważnienie osoby, która wykonuje odwzorowania cyfrowe i umieszczała dokumentację w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność, w przypadku, gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona

w postaci papierowej (Rozporządzenie MZ z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania (Dz. U z 2015 r. poz. 2069),

- przedłożenie dokumentów potwierdzających przeprowadzenie analiz zagrożeń związanych z bezpieczeństwem dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej,
- przedłożenie procedur zabezpieczania dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania,
- przedłożenie dokumentów potwierdzających przeprowadzenie okresowych ocen skuteczności przyjętych sposobów zabezpieczenia dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej,
- przedłożenie dokumentacji potwierdzającej wdrożenie fizycznych lub logicznych zabezpieczeń chroniących system informatyczny, w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna przed nieuprawnionym dostępem,
- przedłożenie instrukcji zarządzania systemem informatycznym, w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna,
- przedłożenie pisemnej informacji na temat mechanizmów kontroli dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej,
- przedłożenie pisemnej informacji na temat sposobu zabezpieczenia systemu informatycznego, w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna przed działaniem oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu informatycznego oraz przed utratą danych spowodowaną awarią zasilania lub zakłóceniami w sieci zasilającej.
- w przypadku użytkowania w ramach procesu prowadzenia dokumentacji medycznej komputerów przenośnych - przedłożenie dokumentów potwierdzających zastosowane środki ochrony kryptograficznej,
- przedłożenie dokumentów potwierdzających prowadzenie elektronicznej dokumentacji elektronicznej przez podwykonawców świadczeniodawcy.

Oferent w piśmie z dnia 11 kwietnia 2017 r. wskazał, że odpowiadając twierdząco na pytanie „Wykonywanie powyżej 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy” wziął pod uwagę sumę badań wykonanych w pracowni cytologicznej od 01.01.2016 r. do dnia 31.12.2016 r., która wynosi 15 000. Ponadto oświadczył, że personel posiada doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych, załączając stosowne oświadczenie. Natomiast w odniesieniu do pytania dotyczącego prowadzenia dokumentacji medycznej Oferent oświadczył, że nie prowadzi jej w formie elektronicznej w rozumieniu w/wym. zapisu.

Komisja konkursowa po przeanalizowaniu wyjaśnień złożonych przez Oferenta poinformowała o odrzuceniu oferty na podstawie art. 149 ust 1 pkt 2, wskazując, że Oferent w ofercie zawarł nieprawdziwe informacje, że w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki szyjki macicy wykonał 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty. Dokonana przez Komisję konkursową weryfikacja oferty nie potwierdziła spełnienia wyżej wymienionego kryterium, albowiem zgodnie z danymi zawartymi w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki Oferent za okres od 2016-01-01 do 2016-12-31 wykonał we wskazanym wyżej okresie 11 464 badań.

W dniu 24 kwietnia 2017 r. wpłynął Protest Oferenta na czynność komisji polegającą na odrzuceniu jego oferty, w którym wniósł o ponowne rozpoznanie oferty oraz zawieszenie postępowania do czasu rozpoznania protestu. Ponadto w proteście Oferent wskazał m.in., że badania cytologii szyjki macicy w Zakładzie Patologii Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii (zwanym dalej ZPN WCO) wykonywane są według jednolitego standardu niezależnie od źródła finansowania. Zewnętrzne systemy akredytacji/oceny (Licencja Polskiego Towarzystwa Patologów - załącznik nr 1; protokół z kontroli świadczeń - załącznik nr 2) wykonywanych w ZPN WCO badań cytologicznych jednoznacznie stwierdzają wzorowy poziom wykonywanych usług. Ponadto wskazał, że zawarty w ofercie błąd pisarski (badań wykonanych w ramach programu było w 2016 r. 11544, zatwierdzonych 11454) wynikał z przedstawionych wyżej faktów, że ocena materiału pacjentów, których materiał został nadesłany w ramach programu lub poza nim są opracowywane w ten sam standaryzowany sposób, bo tylko takie postępowanie jest zgodne z zasadami etyki oraz dobrej praktyki mającej na celu dobro pacjenta, niezależnie od ścieżki nadesłania materiału. Oferent wskazał, że każdy materiał jest oceniany przez pracowników ZPN WCO w taki sam sposób, co zaważyło na podaniu rzeczywistej liczby badań cytologicznych wykonanych w 2016 r., a nie liczby wykonanych w programie, a udzielenie odpowiedzi nie wynikało z zamierzonych działań mających na celu wprowadzenia WOW NFZ w błąd.

Komisja konkursowa poinformowała Oferenta pismem z dnia 25 kwietnia 2017 r. o nieuwzględnieniu protestu wskazując, że przyczyną odrzucenia ww. oferty było podanie przez Oferenta nieprawdziwej informacji w zakresie wykonywania powyżej 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty - w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy. Niespełnianie ww. warunku polegało na wykonaniu przez Oferenta w okresie od 01.01.2016 r. do 31.12.2016 r., 11 464 badań cytologicznych w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy (badania zatwierdzone). Powyższe stanowisko wynikało z faktu, iż komisja konkursowa mogła w sposób niebudzący wątpliwości zweryfikować liczbę wykonanych badań w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny w oparciu o narzędzie informatyczne - System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Ponadto Komisja konkursowa poinformowała, że nie może zgodzić się z argumentami, iż obowiązujące u Oferenta jednolite standardy postępowania przy ocenie materiału zarówno w programie profilaktyki raka szyjki macicy jak i poza nim były przesłanką do udzielenia odpowiedzi twierdzącej na przedmiotowe pytanie rankingujące. **Wzmiankowane pytanie w**

sposób jednoznaczny odnosiło się do programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny. W związku z tym komisja konkursowa prowadzącą postępowanie numer 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie: program profilaktyki raka szyjki macicy — etap diagnostyczny stwierdziła, iż nie ma możliwości innej interpretacji niż literalne brzmienie przedmiotowego pytania.

Do części niejawnego postępowania, po odrzuceniu oferty Odwołującego oraz Oferenta A-Pat zakwalifikowano, jako spełniającą wymagane warunki postępowania nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny ofertę złożoną przez Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferenta umożliwił dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

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

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- a) kwalifikacje personelu (maksymalnie 47 pkt),
- b) badania (maksymalnie 12 pkt),
 - Wykonywanie powyżej 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy (6 pkt),
 - długość oczekiwania na wynik badań stanowiących przedmiot umowy – do 7 dni (6 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 -8 pkt),
- d) pozostałe warunki, w tym:
 - posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (maksymalnie 2 pkt),
 - posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (maksymalnie 2 pkt),
 - forma prowadzenia dokumentacji medycznej:

- prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (maksymalnie 3 pkt),
 - prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu wyboru przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (maksymalnie 5 pkt), jedna odpowiedź do wyboru,
2. kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
- realizację etapu podstawowego, diagnostycznego oraz etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka szyjki macicy (maksymalnie 6 pkt),
3. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez:
- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych (maksymalnie 2 pkt),
 - na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych (maksymalnie 2 pkt),
 - odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (maksymalnie 2 pkt).
4. 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 (maksymalnie 3 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 (maksymalnie 5 pkt),
 - c) realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie: nieprzerwanie od 10 lat (maksymalnie 8 pkt), jedna odpowiedź do wyboru;
5. inne warunki oceniane, tj.:
- współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2 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 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 04 maja 2017 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny zostanie zawarta z Ginekologiczno-Położniczym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	5,00	8,00	0,00	55,00	2,00	70,00	TAK

W tym miejscu wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Programy zdrowotne –program profilaktyki raka szyjki macicy i Tabeli nr 2 „Programy zdrowotne część wspólna” załącznika nr 13 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju „programy zdrowotne” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

Podkreślenia wymaga, iż oferent Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny udzielił następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował posiadanie przez każdego z diagnostów laboratoryjnych w etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – tytułu specjalisty cytomorfologii medycznej - za co otrzymał 35 punktów,
- zadeklarował zapewnienie doświadczenie personelu w wykonywaniu badań cytologicznych – ocena co najmniej 7000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące

miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, pod kontrolą lekarza specjalisty w dziedzinie patomorfologii lub anatomii patologicznej - za co otrzymał 12 punktów,

- nie zadeklarował wykonywanie powyżej 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy - za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował długość oczekiwania na wynik badań stanowiących przedmiot umowy – do 7 dni – za co otrzymał 6 pkt,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel 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 udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezgodnionych z Funduszem zmian harmonogramu udzielania świadczeń, 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 udaremnienia lub utrudniania 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, że co najmniej 10% świadczeń przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, 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,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością - za co otrzymał 2 pkt
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji etapu podstawowego, diagnostycznego oraz etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka szyjki macicy – za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenia techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych - 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 pkt,
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów.

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 nieprzerwanie od 10 lat - za co otrzymał 8 punktów.

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ceny Oferent Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,50 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferta złożona przez Odwołującego, ze względu na fakt jej odrzucenia nie podlegała ocenie w trakcie postępowania konkursowego. Wskazać zatem należy, iż uwzględniając udzielone w ofercie odpowiedzi na pytania ankietowe, oferta Odwołującego uzyskałaby następującą liczbę punktów:

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował posiadanie przez każdego z diagnostów laboratoryjnych w etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – tytułu specjalisty cytomorfologii medycznej- za co otrzymałby 35 punktów,
- zadeklarował zapewnienie doświadczenie personelu w wykonywaniu badań cytologicznych – ocena co najmniej 7000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, pod kontrolą lekarza specjalisty w dziedzinie patomorfologii lub anatomii patologicznej - za co otrzymałby 12 punktów,
- zadeklarował wykonywanie powyżej 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy - jako, że nie spełnił tego warunku nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował długość oczekiwania na wynik badań stanowiących przedmiot umowy – do 7 dni – za co otrzymał 6 punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby 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 skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezgodnionych z Funduszem zmian harmonogramu udzielania świadczeń, co skutkowałoby 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 skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, 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,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymałby punktów,
- początkowo zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku – jednakże po złożeniu wyjaśnień Oferenta zmieniono odpowiedź na NIE za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji etapu podstawowego, diagnostycznego oraz etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka szyjki macicy – za co nie otrzymałby punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych - za co otrzymałby 2 punkty,
- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych – za co otrzymałby 2 pkt,
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymałby punktów.

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 nieprzerwanie od 5 lat - za co otrzymałby 5 punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ceny Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,50 zł, za co otrzymałby 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Mając na uwadze powyższe ustalenia, oferta Odwołującego uzyskałaby następującą liczbę punktów:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA					
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA
Wielkopolskiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej Curie	5,00	5,00	0,00	53,00	4,00	67

Ponadto wskazać należy, iż wszyscy oferenci zadeklarowali, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełniają i spełniać będą wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w

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

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywołanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny wskazać należy, co następuje.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego, iż niespełnienie warunków rankingujących nie powinno dyskwalifikować jego udziału w dalszym postępowaniu konkursowym, a jedynie powinno skutkować umniejszeniem punktów przyznanych przez Komisję konkursową, bowiem w jego ocenie zgodnie z art. 149 ust 1 pkt 7 Ustawy oferta może zostać odrzucona, jeśli nie spełnia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2. wskazać należy, że komisja konkursowa prawidłowo zastosowała przepis art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy nakazujący odrzucenie oferty zawierającej nieprawdziwą informację. Zgodnie, bowiem z brzmieniem art. 149 ust 1 Ustawy odrzucenie oferty na podstawie art. 149 ust 1 pkt 7 Ustawy jest jedynie jedną z przesłanek enumeratywnie wymienionych w art. 149, w katalogu, którym znajduje się również art. 149 ust 1 pkt 2, Ustawy wskazujący na konieczność odrzucenia oferty ze względu na zawarte w niej nieprawdziwe informacje.

W tym miejscu podkreślić należy, iż sposób sformułowania pytania ankietowego oraz okoliczności, w jakich zostało zadane (postępowanie konkursowe dotyczące udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych w profilaktycznych programach zdrowotnych) nie powinny rodzić wątpliwości - w szczególności u profesjonalistów (podmiotu medycznego), jakim jest Odwołujący, że treść pytania dotyczyła wykonywania 15 000 badań cytologicznych w ramach etapu diagnostycznego profilaktyki raka szyjki macicy. Na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy oferta zawierająca nieprawdziwą informację - w zakresie odpowiedzi na pytanie ankietowe będące jednym z pytań dodatkowo punktowanych („rankingujących”), a zatem mającym wpływ na ostateczny kształt rankingu, a w rezultacie i na wynik postępowania konkursowego - podlega w postępowaniu konkursowym obligatoryjnemu odrzuceniu.

Warunek wykonywania powyżej 15 000 badań cytologicznych w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy w postępowaniu nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 miał charakter rankingujący, a zatem oferent mógł udzielić odpowiedzi negatywnej, z czym nie wiązałyby się ujemne konsekwencje. Natomiast w sytuacji, w której oferent deklaruje w ofercie spełnienie ww. warunku, oświadcza, że w ramach programu taką ilość badań wykonuje. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w świetle ustalonego stanu faktycznego, Odwołujący nie miał podstaw do tego, aby zadeklarować w ofercie, iż w dniu składania oferty spełnia zadeklarowany warunek, a komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 prawidłowo odrzuciła tę ofertę, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2

Ustawy, jako zawierającą nieprawdziwe informacje i nie uwzględniła złożonego przez Odwołującego protestu.

Pytanie ankietowe było proste, logiczne i nie mogło być przedmiotem interpretacyjnego sporu dotyczącego brzmienia pytania. Co prawda oferent próbował korygować swoją odpowiedź na pytanie ankietowe tłumacząc się niezrozumieniem pytania oraz wskazując na błąd pisarski, jednakże pozostaje to bez znaczenia, albowiem zgodnie z literalnym brzmieniem art. 149 ust 1 ust 2. Ustawy „odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje”.

Komisja konkursowa dokonuje oceny oferty w oparciu o oświadczenia i dokumenty w niej występujące. Każdy oferent ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi na pytania ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych przez oferentów ofert. Każdy oferent składając ofertę podpisuje ją świadomie i bierze w pełni odpowiedzialność za dane w niej zawarte. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości orzekania w skargach na rozstrzygnięcia komisji konkursowych na zasadzie słuszności bądź uznaniowości.

W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie ulega wątpliwości, iż udzielając odpowiedzi na pytanie ofertowe Odwołujący podał nieprawdziwą informację tłumacząc m.in., iż nie wiedział, że pytanie dotyczy ewidencjonowania badań w systemie SIMP, co notabene jest niedozwoloną interpretacją, albowiem pytanie ankietowe nie dotyczyło ilości badań zaewidencjonowanych w programie SIMP, który jest jedynie narzędziem informatycznym Funduszu do weryfikacji liczby przeprowadzonych badań. Pytanie ankietowe dotyczyło ilości wykonanych badań cytologicznych **w ramach etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy.**

Natomiast w odniesieniu do podniesionej w odwołaniu przez Odwołującego kwestii dotyczącej ewidencjonowania badań cytologicznych w programach informatycznych (ESKULAP, SIMP), oraz ogólnej liczby wykonanych przez niego badań cytologicznych, a także tego, że nie wszystkie badania Odwołujący ewidencjonuje w programie SIMP (na podstawie, którego Komisja konkursowa zweryfikowała podane przez Odwołującego informacje w formularzu ofertowym) wskazać należy, że przedmiotem weryfikacji Komisji konkursowej nie było sprawdzanie, w jakich programach informatycznych Odwołujący ewidencjonuje wykonane u niego w Zakładzie Patomorfologii badania cytologiczne, czy to w ramach programu profilaktyki zdrowotnej, czy też poza nią, a jedynie ilość badań cytologicznych wykonanych w ramach profilaktycznego programu zdrowotnego w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny. W tym miejscu podkreślenia wymaga, iż poza sporem jest, iż Odwołujący, jako profesjonalny podmiot medyczny stosuje jednakowe standardy postępowania przy ocenie materiału do badań. Jednakże jak trafnie Komisja konkursowa wskazała, nie mogło to być powodem udzielania odpowiedzi dotyczącej ilości wszystkich przeprowadzanych u Odwołującego badań cytologicznych gdyż pytanie dotyczyło ilości badań w ramach profilaktycznego programu zdrowotnego.

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

Zgodnie z art. 134 ust. 1 Ustawy Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Z kolei zgodnie z ust. 2 ww. przepisu wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m.in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W niniejszym postępowaniu jest to załącznik Nr 13 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny. Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01.

Wyżej wymienione postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej było prowadzone w formie konkursu ofert, co oznacza, że zastosowano te same kryteria pozwalające na porównanie podmiotów biorących w nim udział. Po odrzuceniu przez Komisję konkursową w trakcie postępowania oferty złożonej przez Odwołującego, a także oferty A-Pat, należało dokonać wyboru oferty, która spełniała wszystkie wymagane warunki postępowania nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01, co Komisja konkursowa uczyniła. W związku z powyższym zarzut naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy jest nieuzasadniony.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000153/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 o zawarcie umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny. Naruszeń takich nie dostrzegł

również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora ~~WOW NFZ~~

Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych

Przysztof Filipowiak

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. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – 1 egz.,
3. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Gawrysiak – WOW NFZ

