

WO.422.41.2018

Poznań, dnia 21. 03. 2018

DECYZJA NR 37 /2018/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 2017 r. poz. 1938 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1257 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2018 roku postępowania nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Miasta Poznań, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego oraz wrzesińskiego, wniesionych odrębnie przez Wielkopolskie Centra Medyczne REMEDIUM Spółka z o.o., z siedzibą we Wrześni, ul. K. Libelta 1, 62-300 Września oraz Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych z siedzibą w Poznaniu przy Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań, postanawiam:

- I. oddalić w całości odwołanie wniesione przez Wielkopolskie Centra Medyczne REMEDIUM Spółka z o.o., z siedzibą we Wrześni, ul. K. Libelta 1, 62-300 Września,**
- II. oddalić w całości odwołanie wniesione przez Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych z siedzibą w Poznaniu przy Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań.**

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, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, 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 18 stycznia 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Miasta Poznań, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego oraz wrzesińskiego.

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 1 500 000,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 3 (słownie: trzy).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 28 lutego 2018 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy.

Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

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

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

W dniu 6 marca 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Wielkopolskie Centra Medyczne REMEDIUM Spółka z o.o. (zwanego dalej: „Odwołującym REMEDIUM”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zaspół chirurgii jednego dnia, Odwołujący REMEDIUM zarzucił naruszenie:

- zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady zachowania uczciwej konkurencji, wyrażonych w art. 134 ust. 1 Ustawy,
- zasady oceniania ofert według obiektywnych i niezmiennych w trakcie postępowania kryteriów oceny, wynikającej z art. 146 i art. 147 Ustawy oraz porównania ofert według ustawowych kryteriów, określonej w art. 148 Ustawy,
- stosowanie niedozwolonej punktacji, która bezprawnie uprzywilejowała podmioty, które wcześniej realizowały na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu

i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, a zatem dodatkowo punktowanego kryterium ciągłości,

- zasady udostępniania świadczeniodawcom na takich samych zasadach wszelkich wymaganych wyjaśnień i dokumentów związanych z postępowaniem o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynikającej z art. 134 ust. 2 Ustawy – Odwołujący REMEDIUM zarzucił, iż poza ogłoszeniem o wynikach postępowania, gdzie nie umieszczono jego oferty, nie uzyskał żadnej informacji dotyczącej liczby uzyskanych punktów, miejsca na liście rankingowej oraz przyczyn niewybrania jego oferty.

Odwołujący REMEDIUM podnosił również, że spełniał wszystkie wymagane od świadczeniodawców kryteria w zakresie posiadanego personelu o odpowiednich kwalifikacjach, wymagania dotyczące sprzętu, pomieszczeń, godzin pracy oraz jakości, kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń, a nie został zakwalifikowany do części niejawnej postępowania, w której prowadzone były negocjacje. Zdaniem Odwołującego REMEDIUM, miał on wszelkie podstawy aby przypuszczać, iż jego oferta uzyskała wysoką punktację, mając na względzie przede wszystkim kwalifikacje personelu oraz posiadane zasoby, a zatem że zostanie wybrana do zawarcia umowy. Ponadto zdaniem Odwołującego REMEDIUM nie wzięto pod uwagę kompleksowości świadczeń oferenta w zakresie poradni specjalistycznych i oddziałów szpitalnych, co nie tylko zapewnia prawidłową kwalifikację do badań i kontroli u pacjentów po badaniach, ale również możliwość wykonywania tych procedur we wszelkich rodzajach znieczulenia i pełnym zabezpieczeniu bloku operacyjnego.

Odwołujący REMEDIUM wniósł uwzględnienie odwołania oraz o zawarcie z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań.

W dniu 7 marca 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych (zwanego dalej: „Odwołującym POSUM”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, Odwołujący POSUM zarzucił naruszenie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności zasady równego traktowania wszystkich oferentów i zasady uczciwej konkurencji, wynikających z art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, poprzez dokonanie wyboru ofert podmiotów w oparciu o niepełną, nierzetelną i nieprawidłową ocenę spełnianych przez nie wymogów w kontekście zasad wynikających z rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ, co przejawiało się m.in. w przeprowadzeniu z nim negocjacji w sposób naruszający ww. zasady prowadzenia postępowania. Odwołujący POSUM zarzucił, że nie miał realnej możliwości przeprowadzenia negocjacji, a przedstawiona mu propozycja musiała zostać przez niego zaakceptowana, gdyż w przeciwnym wypadku oznaczałoby to wyeliminowanie go z dalszego udziału w postępowaniu.

Odwołujący POSUM wniósł o zawarcie z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań, a ponadto o udostępnienie akt postępowania i ofert pozostałych podmiotów, które zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanowieniem z dnia 8 marca 2018 r. nr 19/2018/O połączył ww. dwie sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań wniesionych przez wszystkich Odwołujących, pismem z dnia 8 marca 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołujących oraz podmioty, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „k.p.a.”, 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 zakresie terminu wydania decyzji na dzień 21 marca 2018 r.

W dniu 13 marca 2018 roku z uprawnienia do przeglądania akt sprawy skorzystał przedstawiciel Centrum Medycznego Iwona Zys Sp.J., w dniu 14 marca 2018 r. przedstawiciel Wielkopolskich Centr Medycznych REMEDIUM, natomiast w dniu 20 marca 2018 r. przedstawiciel Poznańskiego Specjalistycznego Ośrodka Usług Medycznych.

Na skutek złożonych przez Odwołujących odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2018 roku postępowania numer 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Miasta Poznań, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego oraz wrzesińskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołujących w złożonych przez nich odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 oraz dokumentacja sporządzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Miasta Poznań, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego oraz wrzesińskiego, złożonych zostało 6 ofert (słownie: sześć):

1. Oferta Andrzeja Stefaniaka i Grażyny Wojciechowskiej-Stefaniak, Dolna Wilda 16, 61-552 Poznań,
2. Oferta Poznańskiego Centrum Otolaryngologii Spółka z o.o. Sp.K., ul. Straży Ludowej 37, 60-465 Poznań,
3. Oferta Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.J., ul. Ogrodowa 11a, 62-067 Rakoniewice,
4. Oferta Wielkopolskich Centr Medycznych REMEDIUM Spółka z o.o., ul. Libelta 1, 62-300 Września,
5. Oferta Marii Sobali, Os. Jana III Sobieskiego 103, 60-688 Poznań,
6. Oferta Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych, Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań.

Postępowanie nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2295);
- 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 roku, 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 roku, poz. 1980), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie 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 2017 roku, poz. 44);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienione zarządzeniem Prezesa NFZ nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 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 18 stycznia 2018 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała oferentów do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia ofert.

Ostatecznie komisja konkursowa odrzuciła ofertę złożoną przez Poznańskie Centrum Otolaryngologii Spółka z o.o. Sp. K. z siedzibą w Poznaniu, ul. Straży Ludowej 37 z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem postępowania konkursowego, na dzień otwarcia ofert, tj. 6 lutego 2018 r., w zakresie dotyczącym niezapewnienia transportu sanitarnego w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2016 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.). W dniu 26 lutego 2018 r. oferent Poznańskie Centrum Otolaryngologii Spółka z o.o. Sp. K. z siedzibą w Poznaniu, ul. Straży Ludowej 37 wniósł protest na ww. czynność Komisji konkursowej, który został oddalony w dniu 27 lutego 2018 r. Ogłoszenie o oddaleniu protestu zostało wysłane do wnoszącego oraz zamieszczone na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz na tablicy ogłoszeń w dniu 27 lutego 2018 r.

Braki formalne pozostałych ofert zostały uzupełnione, w wyniku czego żadna z nich nie została pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawniej postępowania zakwalifikowano zatem 5 (słownie: pięciu) oferentów.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez pozostałych oferentów zakwalifikowanych do części niejawniej postępowania nie skutkował 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, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń:
 - tak (9,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- pielęgniarka – równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- laser CO2 – w lokalizacji:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- zestaw do mikrolaryngoskopii – w lokalizacji
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

- c) kategorii „Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania”:
- Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia”:
- Certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- e) kategorii „Wyniki kontroli”:
- udzielenie świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);

- stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - co najmniej 10% po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- f) kategorii „Pozostałe warunki”:
- zautomatyzowany system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „Dostępność”:
- co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - całodobowego laboratorium – w lokalizacji:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Harmonogram czasu pracy” [jedna odpowiedź do wyboru]:
- dostępność miejsca udzielanie świadczeń powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie tygodniowo (1,00 punkt),

- dostępność miejsca udzielanie świadczeń powyżej 25 godzin do 35 godzin włącznie tygodniowo (2,00 punkty),
 - dostępność miejsca udzielanie świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo (3,00 punkty);
3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „Poradnie/oddziały/pracownie”:
- realizacja umowy w zakresie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja umowy w zakresie audiologii i foniatrii w poradni przyszpitalnej:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Dostęp do badań i zabiegów”:
- kompleksowa diagnostyka audiologiczna (badania: BERA, ABR, OAE, test z promotorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy’ego) – w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „ciągłość”:
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (3,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
5. Inne warunki oceniane – część wspólna:
- współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego 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:

- tak (8,00 punktów ujemnych);
 - nie (brak punktów);
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 20,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

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

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

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

gdzie:

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

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

C_{min} - $0,9 \times C_{NFZ}$,

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

W dniu 28 lutego 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Miasta Poznań, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego oraz wrzesińskiego, wskazano 3 (słownie: trzech) oferentów:

- Andrzej Stefaniak i Grażyna Wojciechowska-Stefaniak, Dolna Wilda 16, 61-552 Poznań,
- Maria Sobala, Os. Jana III Sobieskiego 103, 60-688 Poznań,

- Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.J., ul. Ogrodowa 11a, 62-067 Rakoniewice.

Komisja konkursowa nie wybrała 2 (słownie: dwóch) ofert: Wielkopolskie Centra Medyczne REMEDIUM Spółka z o.o., ul. Libelta 1, 62-300 Września oraz Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych, Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań, z powodu uzyskania najmniejszej ilości punktów w wyniku przeprowadzonej oceny ofert oraz wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY										
(dane z oferty końcowej po negocjacjach, status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)										
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CENA JEDNO STKI ROZLI CZ. (ZŁ)	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. Andrzej Stefaniak, Grażyna Wojciechowska- Stefanik	61-552 Poznań ul. Dolna Wilda 16,	0,95	15,00	24,00	11,00	6,00	3,00	0,00	59,00	TAK
2. Maria Sobala	62-022 Suchy Las ul. Poziomkowa 64	0,90	20,00	25,00	0,00	6,00	3,00	0,00	54,00	TAK
3. Ceentrum Medyczne Iwona Zys	62-067 Rakoniewice, ul. Ogrodowa 11a	0,90	20,00	32,00	0,00	6,00	0,00	-8,00	50,00	TAK
4. Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych	61-696 Poznań Al. Solidarności 36	1,00	10,00	33,00	0,00	6,00	0,00	-8,00	41,00	NIE
5. Wielkopolskie Centra Medyczne REMEDIUM Spółka z o.o.	60-687 Poznań, Os. S. Batorego 80D	0,95	15,00	12,00	5,00	6,00	0,00	0,00	38,00	NIE

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 konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią tabeli „Zespół chirurgii jednego dnia – Otorynolaryngologia/Otorynolaryngologia dla dzieci” załącznika nr 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada

2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2295);

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent Andrzej Stefaniak, Grażyna Wojciechowska-Stefaniak, 61-552 Poznań, ul. Dolna Wilda 16:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 9 punktów**,
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii – w wyniku przeprowadzonych czynności przez Komisję konkursową ustalono, że oferent nie spełnia tego kryterium rankingującego, wobec czego dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 3 punkty**,
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 5 punktów**,
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2 punkty**,

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1 punkt**,
- zadeklarował laser CO2 – w lokalizacji, **za co otrzymał 2 punkty**,
- zadeklarował zestaw do mikrolaryngoskopii – w lokalizacji, **za co otrzymał 2 punkty**,

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów**,

4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena- akredytacja Ministra Zdrowia:

- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymał punktów**,

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach

nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- 6) kategoria 5. Pozostałe warunki:
- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, **za co nie otrzymał punktów,**

- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów**,

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3 punkty**,
- nie zadeklarował całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo, **za co otrzymał 3 punkty**,

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej, **za co otrzymał 5 punktów**,
- zadeklarował realizację umowy w zakresie audiologii i foniatrii w poradni przyszpitalnej, **za co otrzymał 3 punkty**,
- zadeklarował kompleksową diagnostykę audiologiczną (badania: BERA, ABR, OAE, test z promotorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego) – w lokalizacji, **za co otrzymał 3 punkty**,
- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców – w wyniku weryfikacji oferty przeprowadzonej przez Komisję konkursową oraz na podstawie wyjaśnień oferenta, dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nie przyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, **za co otrzymał 1 punkt**,
- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat – w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową oraz na podstawie danych zgromadzonych w systemach informatycznych NFZ, dokonano zmiany odpowiedzi na „nieprzerwanie od 5 lat”, co skutkowało przyznaniem 2 punktów za to kryterium rankingujące,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, **za co nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego 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, udzielił odpowiedzi „nie dotyczy”, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Andrzej Stefaniak, Grażyna Wojciechowska-Stefaniak zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł za co otrzymał **15,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Maria Sobala, 60-688 Poznań, Os. Jana III Sobieskiego 103 (miejsce udzielania świadczeń: 62-002 Suchy Las, ul. Poziomkowa 64)

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 9 punktów,**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co otrzymał 6 punktów,**
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki – w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2 punkty,**

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1 punkt,**
- zadeklarował laser CO2 – w lokalizacji, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował zestaw do mikrolaryngoskopii – w lokalizacji, **za co otrzymał 2 punkty,**

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena- akredytacja Ministra Zdrowia:

- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymał punktów,**

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

6) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo, **za co otrzymał 3 punkty,**

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej – w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie audiologii i foniatrii w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował kompleksową diagnostykę audiologiczną (badania: BERA, ABR, OAE, test z promontorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy’ego) – w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów,**

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, **za co otrzymał 1 punkt,**
- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat – w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową oraz na podstawie danych zgromadzonych w systemach informatycznych NFZ, dokonano zmiany odpowiedzi na „nieprzerwanie od 5 lat”, co skutkowało przyznaniem 2 punktów za to kryterium rankingujące,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, **za co nie otrzymał punktów,**
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego 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, udzielił odpowiedzi „nie dotyczy”, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**

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

W zakresie kryterium ceny oferent Maria Sobala zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **20,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Centrum Medyczne Iwona Zys Sp. K., 62-067 Rakoniewice, ul. Ogrodowa 11A:

I. W zakresie kryterium jakości:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 9 punktów,**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co otrzymał 6 punktów,**
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 5 punktów,**
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2 punkty,**

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1 punkt,**
- zadeklarował laser CO2 – w lokalizacji, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował zestaw do mikrolaryngoskopii – w lokalizacji, **za co otrzymał 2 punkty,**

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 2 punkty,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena- akredytacja Ministra Zdrowia:

- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymał punktów,**

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,

6) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów**,

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3 punkty**,
- nie zadeklarował całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo, **za co otrzymał 3 punkty**,

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie audiologii i foniatrii w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował kompleksowej diagnostyki audiologicznej (badania: BERA, ABR, OAE, test z promotorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego), **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów**,

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

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

V. W zakresie innych warunków:

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

- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego 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 wskazał „nie dotyczy” – w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na TAK, co skutkowało odjęciem 8 punktów za to kryterium rankingujące.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.K. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **20,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych, 61-696 Poznań, Al. Solidarności 36,

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 9 punktów,**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co otrzymał 6 punktów,**
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 5 punktów,**
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2 punkty,**

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1 punkt,**
- zadeklarował laser CO2 – w lokalizacji, **za co otrzymał 2 punkty,**
- nie zadeklarował zestawu do mikrolaryngoskopii – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena- akredytacja Ministra Zdrowia:

- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymał punktów,**

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

6) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co otrzymał 5 punktów,**

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował całodobowe laboratorium – w lokalizacji - w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,
- zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo, **za co otrzymał 3 punkty,**

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie audiologii i foniatrii w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował kompleksowej diagnostyki audiologicznej (badania: BERA, ABR, OAE, test z promotorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego), **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów,**

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

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

V. W zakresie innych warunków:

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

- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego 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 wskazał „nie dotyczy” – w wyniku weryfikacji Komisji konkursowej dokonano zmiany odpowiedzi na TAK, co skutkowało odjęciem 8 punktów za to kryterium rankingujące,

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

W zakresie kryterium ceny oferent Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Wielkopolskie Centra Medyczne REMEDIUM Spółka z o.o., 62-300 Września, ul. K. Libelta 1 (miejsce udzielania świadczeń: 60-687 Poznań, Os. S. Batorego 80D),

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń - w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, - w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki - w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na NIE, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2 punkty,**

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował lasera CO2 – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował zestaw do mikrolaryngoskopii – w lokalizacji, **za co otrzymał 2 punkty,**

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena- akredytacja Ministra Zdrowia:

- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymał punktów,**

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne)

w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty,
za co nie otrzymał punktów ujemnych,

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- 6) kategoria 5. Pozostałe warunki:
 - nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, **za co nie otrzymał punktów,**
 - zadeklarował prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co otrzymał 5 punktów,**

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował dostępność miejsca udzielanie świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo, **za co otrzymał 3 punkty,**

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej, **za co otrzymał 5 punktów,**
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie audiologii i foniatrii w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował kompleksowej diagnostyki audiologicznej (badania: BERA, ABR, OAE, test z promentorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego), **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów,**

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

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

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, **za co nie otrzymał punktów,**
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego 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, udzielił odpowiedzi „nie dotyczy”, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

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

W zakresie kryterium ceny oferent Wielkopolskie Centra Medyczne REMEDIUM Spółka z o.o. zaferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł za co otrzymał **15,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanej przez poszczególnych odwołujących, należy wskazać, co następuje.

Wobec faktu, iż zarzut naruszenia art. 134 Ustawy podnieśli obaj Odwołujący, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia postanowił rozpatrzyć go łącznie.

Podkreślenia wymaga, iż art. 134 Ustawy stanowi, iż 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, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W niniejszym postępowaniu jest to załącznik numer 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne”. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością.

Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć Komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz ma obowiązek stosowania podczas oceny tych samych warunków w stosunku do wszystkich oferentów biorących w nim udział. W tej kwestii wypowiedział się również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, który w uzasadnieniu do wyroku z dnia 27 lutego 2012 r. VI SA/Wa 1854/11 wskazał, iż: *„Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”*

W kontekście powyższego, odnosząc się *stricto* do sytuacji Odwołującego REMEDIUM oraz pozostałych zarzutów podniesionych przez niego w odwołaniu należy wskazać, że zgodnie z art. 146 ust. 1 Ustawy, Prezes Funduszu określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. W niniejszym postępowaniu przedmiot postępowania został określony zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzeniem Prezesa NFZ nr 119/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Ponadto, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania, a porównanie tych ofert następuje na podstawie art. 148 Ustawy, przy czym kryteria oceny określone są przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Powyższe jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, eliminuje bowiem element subiektywny oceny dokonywanej przez Komisję konkursową. Co więcej, poza zasadą jednolitości, powyższy przepis konstytuuje zasadę niezmienności kryteriów w toku prowadzonego postępowania. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrył się naruszenia ww. przepisów prawa przez Komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01. Ocena oferty złożonej przez Odwołującego REMEDIUM, została dokonana w oparciu o kryteria wynikające z ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia, na podstawie odpowiedzi udzielanych w ankiecie oraz informacji zgromadzonych w systemach informatycznych NFZ, a także późniejszych wyjaśnień składanych przez Odwołującego REMEDIUM. Dokonując weryfikacji oceny oferty Odwołującego REMEDIUM, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie stwierdził błędów w przyznaniu punktów oceny za poszczególne kryteria rankingujące. Porównanie wszystkich ofert złożonych w niniejszym postępowaniu nastąpiło również zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 Ustawy, bowiem Komisja konkursowa nie zastosowała żadnych pozustawowych kryteriów oceny

względem któregośkolwiek oferenta. Wobec powyższego zarzut naruszenia przez Komisję konkursową art. 146, 147 oraz 148 Ustawy, należy uznać za chybiony.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego REMEDIUM dotyczącego stosowania niedozwolonej punktacji, która bezprawnie uprzywilejowała podmioty, które wcześniej realizowały na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, a zatem dodatkowo punktowanego kryterium ciągłości, zauważyć należy co następuje. Jednym z dodatkowych kryteriów oceny, wskazanych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, jest ciągłość udzielania świadczeń. Mając na względzie, że formularz ofertowy stanowi odzwierciedlenie rzeczzonego rozporządzenia, Fundusz nie może dowolnie kształtować jego treści, uznając pewne kryteria za zbyt wysokie, czy też nadto uciążliwe dla niektórych oferentów z uwagi na to, że nie są w stanie ich spełnić, bądź spełniają je w niewystarczającym stopniu. Stąd, dokonując oceny ofert, Komisja konkursowa nie mogła nie wziąć pod uwagę tego, że niektórzy oferenci realizują na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie oraz, że realizują powyższe nieprzerwanie od 5, czy też 10 lat, co dodatkowo potwierdzają dane zawarte w systemach elektronicznych Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Ocena tego kryterium skutkowałą uzyskaniem przez wybranych oferentów odpowiedniej ilości punktów w zależności od okresu posiadania umowy z Funduszem, natomiast w świetle przewidzianych przez rzeczzone rozporządzenie kryteriów, nie można uznać tego za niezasadne. Trudno również oczekiwać, mając na względzie przede wszystkim zasadę równości oferentów, aby podmiot realizujący świadczenia w ramach NFZ, rezygnował z ubiegania się o ponowny kontrakt tylko z tego względu, że w postępowaniu może uzyskać większą liczbę punktów w ramach kryterium ciągłości aniżeli podmiot, który po raz pierwszy bierze udział w tej procedurze. Każdy z oferentów mógł zapoznać się z kryteriami oceny ofert oraz punktami przyznawanymi za każdy spełniony warunek, brany pod uwagę podczas rozstrzygania postępowania konkursowego, bowiem były one jawne i znane przed ogłoszeniem przedmiotowego postępowania. Na tej podstawie każdy, czyją wolą było ubieganie się o umowę z NFZ, mógł dokonać weryfikacji własnych zasobów i możliwości oraz skonfigurować swoją ofertę w sposób, który umożliwiłby mu uzyskanie jak największej liczby punktów. Brak jest zatem podstaw by stwierdzić, że punkty dla wybranych oferentów w zakresie kryterium ciągłości, zostały przez Komisję konkursową przyznane niezasadnie. Warto w tym miejscu przytoczyć wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 sierpnia 2017 r. II GSK 3333/15, w którym wskazano: „(...) kryterium ciągłości wcale nie dyskryminuje przedsiębiorców działających na rynku usług medycznych. (...) szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny jest: obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W innym przypadku nie ma potrzeby zmiany oferenta (...) Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów oraz sposobu procedowania w stosunku do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu”. Maksymalna ocena za ciągłość udzielanych świadczeń w danym zakresie i na danym obszarze to 4,00 punkty. Jednocześnie nowy podmiot ubiegający się o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie uzyskuje punktów ujemnych za wyniki kontroli przeprowadzonej przez Fundusz, których łącznie jest 20,00. Należy raz jeszcze wskazać, że prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazuje na występowanie pewnych preferencji, co ma charakter naturalny i pożądany z punktu widzenia świadczeniobiorców. Jednakże należy wyraźnie wskazać, iż preferencja niektórych podmiotów wynikała z przyjętego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert kryterium ciągłości, które należy rozumieć jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności

ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów (art. 5 pkt 2a Ustawy). Mając powyższe na względzie, w tym zakresie Fundusz może premiować podmioty, które dotychczas świadczyły usługi w ramach danego zakresu i rodzaju świadczeń oraz na danym obszarze. Należy przy tym pamiętać, iż dotychczasowemu świadczeniodawcy mogą zostać odjęte punkty za negatywne wyniki kontroli przeprowadzonej przez Fundusz, co z kolei nie ma miejsca w sytuacji dokonywania oceny nowego podmiotu ubiegającego się o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z przedstawionych względów nie można podzielić więc zarzutu Odwołującego REMEDIUM, dotyczącego uprzywilejowania niektórych oferentów poprzez przyznanie punktów rankingujących za dotychczasowe świadczenie usług w ramach umowy z NFZ w danym zakresie i rodzaju świadczeń.

Odnosząc się natomiast do zarzutu Odwołującego REMEDIUM, który dotyczył naruszenia art. 134 ust. 2 Ustawy oraz otrzymania przez niego wyłącznie ogłoszenia o wynikach postępowania bez żadnej informacji o liczbie uzyskanych punktów oraz miejsca na liście rankingowej i przyczyn niewybrania jego oferty należy wskazać, co następuje. W myśl art. 134 ust. 2 Ustawy 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. Powyższe oznacza, że prowadząc postępowanie Komisja konkursowa nie może różnicować informacji przekazywanych oferentom w ten sposób, iż jedni z nich otrzymują pewne ogłoszenia, informacje, etc., zaś pozostali nie są o pewnych faktach informowani albo, że udzielane informacje są rozbieżne. Wyrazem tej zasady jest przeprowadzenie postępowania konkursowego w oparciu o jednolite kryteria oceny ofert oraz zamieszczanie wszystkich ogłoszeń dotyczących postępowania konkursowego na stronie internetowej i tablicy informacyjnej oddziału Funduszu, a także udzielanie informacji dotyczących postępowania i udostępnianie ofert po jego zakończeniu, na wniosek zainteresowanego podmiotu. Ponadto zgodnie z § 5 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 i trybu pracy, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia składane w toku postępowania wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności, natomiast za zachowanie formy pisemnej uważa się także zapis treści czynności w protokole przeprowadzenia postępowania. Ponadto Komisja konkursowa może doręczać oferentowi oświadczenia i zawiadomienia za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących podpisu elektronicznego, jeżeli oferent wyrazi zgodę na doręczanie pism w postępowaniu za pomocą tych środków, wskaże adres poczty elektronicznej, a doręczający uzyska niezwłocznie, jednak nie później niż do końca dnia roboczego następującego po dniu, w którym przekazano oświadczenie lub zawiadomienie, potwierdzenie doręczenia pisma na wskazany adres. W dokumentacji sporządzonej przez Komisję konkursową w postępowaniu nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 nie stwierdzono uchybień pod tym względem. Każdy z oferentów był prawidłowo informowany o kolejnych czynnościach podejmowanych w postępowaniu konkursowym.

Jednocześnie, zgodnie z art. 151 Ustawy, o rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert, a ogłoszenie to zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa nie ma zatem obowiązku umieszczania w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania danych oferentów, którzy nie zostali wybrani oraz przyznanej za złożone oferty punktacji. Co więcej, powyższe nie zostało usankcjonowane w żadnym

akcie wykonawczym, jak również w zarządzeniach Prezesa NFZ. Podkreślenia wymaga, że strona niezadowolona z rozstrzygnięcia postępowania, a zatem najczęściej podmiot, którego oferta nie została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo przeglądać oferty po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, z wyłączeniem danych stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z art. 135 ust. 1 i 2 pkt 2 Ustawy, jak również złożyć odwołanie od rozstrzygnięcia Komisji konkursowej i wówczas uzyskać dostęp do akt postępowania, w tym ofert w zakresie niezastrzeżonym przez oferentów z uwagi na tajemnicę przedsiębiorstwa, co w konsekwencji Odwołujący REMEDIUM uczynił. Brak jest zatem podstaw by przyjąć, iż Odwołujący REMEDIUM był pozbawiony możliwości uzyskania informacji o ocenie jego oferty oraz jej relacji do pozostałych ofert złożonych w toku postępowania konkursowego nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01, a zarzut ten należy uznać za nieuzasadniony.

W kontekście oceny dokonanej przez Odwołującego REMEDIUM jego własnej oferty i stwierdzenia, że spełniała ona wszystkie wymagane od świadczeniodawców kryteria w zakresie posiadanego personelu o odpowiednich kwalifikacjach, wymagań dotyczących pomieszczeń i sprzętu, godzin pracy oraz jakości, kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń, a jednak nie został on zaproszony na negocjacje należy wskazać, co następuje. Z uwagi na fakt, iż oferta Odwołującego REMEDIUM spełniała warunki wymagane określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2016 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (j.t. Dz.U. 2016 poz. 1146 ze zm.), nie została odrzucona przez Komisję konkursową i została dopuszczona do dalszej oceny pod kątem kryteriów rankingujących, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W tym zakresie oferta Odwołującego REMEDIUM uzyskała 12,00 punktów za jakość, 5,00 punktów za kompleksowość oraz 6,00 punktów za dostępność, co łącznie za kryteria niecenowe dało sumę 23,00 punktów. W związku z zaproponowaniem ceny za jednostkę rozliczeniową na poziomie 0,95 zł, za kryterium ceny przyznano 15,00 punktów, a zatem łączna liczba punktów oceny oferty Odwołującego REMEDIUM wyniosła 38,00 punktów. Ostatnia z wybranych ofert, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze powiatów gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Miasta Poznań, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego oraz wrzesińskiego, uzyskała łącznie 50,00 punktów. Należy w tym miejscu wskazać, iż zgodnie z treścią art. 142 ust. 7 Ustawy, komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Powyższe oznacza, że Komisja konkursowa nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji dotyczących ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń ze wszystkimi oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnej postępowania konkursowego. Podstawową przesłanką dla komisji winno być ustalenie, czy prowadzenie negocjacji z konkretnym oferentem może prowadzić do zmiany jego pozycji w rankingu. Powyższe pozwala przyjąć, iż przeprowadzenie negocjacji z oferentami jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem organu (vide wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2014 roku; sygn. II GSK 2042/12). Odnosząc powyższe do analizowanego stanu faktycznego wyjaśnić należy, iż Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 nie zaprosiła Odwołującego REMEDIUM na negocjacje, bowiem po dokonaniu oceny punktowej udzielonych przez niego odpowiedzi na pytania ankietowe i nawet przyznaniu jego ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny (tj. 20,00 punktów), jego oferta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane miejsce w rankingu ofert. Przyjęty przez Komisję konkursową sposób postępowania wynikał z ekonomiki

prowadzenia czynności w trakcie postępowania. W zakresie kryterium ceny Odwołujący REMEDIUM zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 złotych, za co otrzymał 15,00 punktów. Na podstawie odpowiedzi zawartych w formularzu ofertowym jego oferta uzyskała łącznie 38,00 punktów i zajęła ostatnie miejsce w rankingu końcowym. Nawet gdyby Odwołujący REMEDIUM został zaproszony do negocjacji i zaproponował wówczas niższą cenę, to mógłby uzyskać maksymalnie 20,00 punktów za to kryterium, co nadal okazałoby się niewystarczające do zawarcia z nim umowy. Otrzymałby on bowiem łącznie 43,00 punkty (38,00 + dodatkowe 5,00 za max. obniżenie ceny = 43,00). Powyższe oznacza, że oferta Odwołującego REMEDIUM i tak nie zostałaby wybrana. Tym samym zarzut Odwołującego REMEDIUM co do niezaproszenia go na negocjacje, należy uznać za chybiony. Komisja konkursowa typuje podmioty, z którymi przeprowadzi negocjacje na podstawie kryteriów niecenowych, a zatem jakości, kompleksowości, dostępności oraz ciągłości udzielanych przez nich świadczeń, co wynika z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy. Wobec powyższego to ocena oferty na podstawie kryteriów niecenowych decydowała o ewentualnym przeprowadzeniu z danym oferentem negocjacji w zakresie ceny i ilości świadczeń.

Ponadto należy wskazać, że Komisja konkursowa może przyznać dodatkowe punkty za posiadane zasoby personelu czy sprzętu, ale tylko takie, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Zgodnie z tym, Odwołujący REMEDIUM otrzymał 2,00 punkty za zadeklarowany zestaw do mikrolaryngoskopii a jako, że nie posiada lasera CO₂ oraz stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, nie przyznano za to punktów. Podobnie rzecz ma się do deklarowanego personelu – Odwołujący REMEDIUM zadeklarował w tej kategorii spełnianie wszystkich dodatkowo punktowanych kryteriów w zakresie kwalifikacji personelu, jednak po dokonaniu weryfikacji potencjału przez Komisję konkursową na podstawie wyjaśnień oferenta i danych zgromadzonych w systemach informatycznych WOW NFZ, przyznano punkty wyłącznie za pielęgniarkę (3,00 punkty) oraz pielęgniarkę po kursie kwalifikowanym w zakresie anestezjologii i intensywniej terapii (2,00 punkty).

Jednocześnie Odwołujący REMEDIUM zarzucił, iż podczas oceny jego oferty nie wzięto pod uwagę kompleksowości udzielania przez niego świadczeń, który to argument należy również uznać za nieuzasadniony. Kompleksowość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej była oceniana na podstawie czterech kryteriów, z których Odwołujący REMEDIUM zadeklarował wyłącznie jeden – realizacja umowy w zakresie otolaryngologii lub otolaryngologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał 5,00 punktów. Należy raz jeszcze podkreślić, że Komisja konkursowa nie może autonomicznie kształtować kryteriów oceny ofert w stosunku do poszczególnych oferentów, bowiem taki sposób postępowania nie urzeczywistniałby zasady równego traktowania i zachowania uczciwej konkurencji, wyrażonej w art. 134 ust. 1 Ustawy.

Reasumując, w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 wskazano, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 1 500 000,00 PLN na okres rozliczeniowy od 1 kwietnia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r., a maksymalna liczba umów, która zostanie zawarta po przeprowadzeniu tego postępowania to 3 (słownie: trzy). Oferenci, którzy złożyli oferty korzystniejsze od Odwołującego REMEDIUM wykorzystali niemal całą kwotę środków finansowych przeznaczonych na realizację przedmiotowego zamówienia. Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia

2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2077 z późn. zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Wobec powyższego podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się w oparciu o zasadę konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującego REMEDIUM najniższej liczby punktów w rankingu końcowym, który łącznie uwzględniał kryteria jakości, dostępności, kompleksowości, ciągłości oraz ceny udzielanych świadczeń, a także wyczerpanie niemal w całości środków finansowych przez oferentów, którzy uzyskali większą liczbę punktów oceny i wybór do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej maksymalnej liczby oferentów, określonej w ogłoszeniu postępowania konkursowego, stanowiło jedyny powód niewybrania jego oferty.

Odnosząc natomiast zarzut naruszenia art. 134 Ustawy, podnoszony przez Odwołującego POSUM do jego sytuacji w przedmiotowym postępowaniu, zważyć należy co następuje.

W złożonym odwołaniu Odwołujący POSUM sformułował niezwykle ogólny zarzut, iż dokonano wyboru ofert podmiotów w oparciu o niepełną, nierzetelną i nieprawdziwą ocenę spełnianych przez nie wymogów w kontekście zasad wyrażonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ, co przejawiało się w przeprowadzeniu z nim negocjacji w sposób naruszający zasady postępowania wskazane w art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, nie precyzując jednak na czym ta nieprawidłowa, nierzetelna i nieprawdziwa ocena polegała.

Podkreślenia wymaga, że ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o warunki wymagane, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2016 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także kryteria oceny ofert wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, co jest wyrazem zasady równego traktowania oferentów oraz zachowania uczciwej konkurencji. Oceny kryteriów niecenowych dokonywane były na podstawie ankiet ofertowych składanych przez oferentów, weryfikowanych następnie w toku czynności podejmowanych przez Komisję konkursową, zarówno na podstawie informacji pozyskiwanych z systemów informatycznych WOW NFZ oraz przeprowadzanych weryfikacji oferentów w miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a ponadto wyjaśnień składanych przez poszczególne podmioty. W oparciu o ww. informacje, Komisja konkursowa dokonała oceny ofert w zakresie kryteriów niecenowych i wytypowała świadczeniodawców, z którymi przeprowadziła następnie negocjacje co do ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie art. 142 ust. 6 Ustawy. W wyniku przeprowadzonych negocjacji dokonała wyboru trzech świadczeniodawców, z którymi zawarła umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze powiatów gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Miasta Poznań, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego oraz wrzesińskiego.

Zgodnie z art. 142 ust. 7 Ustawy, Komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Zgodnie z § 15 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 i trybu pracy, do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia i kwalifikuje się do nich oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić

negocjacje z wszystkimi zaproszonymi oferentami, a przed dokonaniem wyboru komisja może rozszerzyć listę oferentów zaproszonych do negocjacji. Przebieg negocjacji z oferentami dokumentuje się w protokole z negocjacji, który zawiera: oznaczenie miejsca i terminu negocjacji, imiona i nazwiska członków komisji konkursowej oraz osób reprezentujących oferenta, informację na temat składanych przez strony biorące udział w negocjacjach, propozycji dotyczących ceny i liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wskazanie wynegocjowanych cen i liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej albo stwierdzenie o nieustaleniu ceny lub liczby świadczeń, podpisy członków komisji konkursowej oraz osób reprezentujących oferenta. Jednocześnie podkreślenia wymaga, że ustalenie w procesie negocjacji ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.

W przedmiotowym postępowaniu Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje z czterema oferentami, w tym z Odwołującym POSUM. Jako że Odwołujący POSUM nie obniżył ceny za jednostkę rozliczeniową, do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wybrano oferenta Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.J., który za niższą cenę zaoferował większą liczbę świadczeń – 472 222,00 za cenę 0,90 zł za jednostkę. Podkreślenia wymaga, iż podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności, a zgodnie z zasadą ekonomiki należy dążyć do zakupu jak największej ilości świadczeń za jak najniższą cenę. Wobec powyższego Komisja konkursowa dokonała wyboru ostatniej możliwej do zawarcia umowy oferty, w oparciu o racjonalne przesłanki ekonomiczne. W tym miejscu należy z całą stanowczością podkreślić, że oferent zaproszony do negocjacji może kształtować swoją ofertę w sposób autonomiczny, jednak tylko w zakresie ceny świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich liczby. Oferent jako przedsiębiorca, a tym samym podmiot profesjonalny, winien znać swoje uprawnienia przysługujące mu na etapie prowadzonego postępowania konkursowego. Z natury negocjacji wynikają przeważnie konsekwencje dotyczące wzajemnych ustępstw i wypracowania kompromisu, a nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż Odwołujący POSUM podpisał protokół końcowy negocjacji jako stanowisko zbieżne, w którym wskazano ilość jednostek rozliczeniowych na poziomie 425 000,00 za cenę 1,00 zł za jednostkę a zatem przystał na określone w toku negocjacji warunki. Protokół ten zawiera jednocześnie zapis mówiący o tym, że znajdują się tam ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, w zakresie liczby oraz ceny świadczeń, co nie oznaczało jednak, że Fundusz zawrze z nim umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając powyższe na względzie zarzut Odwołującego POSUM należy uznać w całości za nieuzasadniony.

Jednocześnie Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, mając na względzie motywy uzasadnienia niniejszej decyzji, nie znalazł podstaw do przeprowadzenia z żadnym z Odwołujących postępowania w trybie rokowań.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionych odwołaniach nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 o zawarcie umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie otorynolaryngologia-zespół chirurgii jednego dnia na obszarze powiatów gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Miasta Poznań, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego oraz wrzesińskiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu

nr 15-18-000169/SZP/03/1/03.4610.032.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego żadnego z odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia żadnego z wniesionych odwołań. Wobec powyższego wszystkie odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 1938 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 7 egz.:

- 1) Odwołujący Wielkopolskie Centra Medyczne REMEDIUM Spółka z o.o., Os. S. Batorego 80ABD, 60-687 Poznań,
- 2) Odwołujący Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych, Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań,
- 3) Maria Sobala, Os. Jana III Sobieskiego 103, 60-688 Poznań,
- 4) Centrum Medyczne Iwona Zys Sp. K., ul. Ogrodowa 11a, 62-067 Rakoniewice,
- 5) Andrzej Stefaniak, Grażyna Wojciechowska – Stefaniak, ul. Dolna Wilda 16, 61-552 Poznań,
- 6) 2 x a/a.

Oprac. Marta Węckowska