

znak: WO-DP.422.44.2018

Poznań, dnia 23.03.2018 r.

DECYZJA NR 39 /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 sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2018 r. postępowania nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze województwa wielkopolskiego, wniesionego przez Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych z siedzibą przy Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań, postanawiam:

oddalić w całości odwołanie.

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”, 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 15 stycznia 2018 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze województwa wielkopolskiego.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 150 000,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 1 (słownie: jedna).

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

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

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

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

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

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

Dnia 7 marca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych z siedzibą przy Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań (zwany dalej: „Odwołującym POSUM”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2018 r. postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia prowadzonego dla obszaru województwa wielkopolskiego, Odwołujący POSUM zarzuca komisji konkursowej 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 nieprawdziwą ocenę spełnianych przez nie wymogów w kontekście zasad wynikających

z rozporządzenia Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, co przejawiało się m.in. w zaniechaniu zaproszenia Odwołującego POSUM do udziału w negocjacjach.

Odwołujący POSUM wnosi o dołączenie do akt niniejszego postępowania akt postępowań ofertowych oferentów, których oferty zostały wybrane przez komisję konkursową oraz ich udostępnienie do wglądu.

Ponadto wnosi o uwzględnienie niniejszego odwołania i przeprowadzenie z Odwołującym POSUM postępowania w trybie rokowań.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego POSUM pismami z dnia 9 marca 2018 r., Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „kpa”, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 23 marca 2018 r.

W dniu 12 marca 2018 r. z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał przedstawiciel Leszczyńskiego Centrum Medycznego Ventriculus sp. z o.o. oraz w dniu 20 marca 2018 r. przedstawiciel Odwołującego POSUM.

Na skutek złożonego przez Odwołującego POSUM odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2018 r. postępowania numer 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze województwa wielkopolskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołującego POSUM w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 oraz dokumentacja komisji konkursowej. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu numer 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia, zostały złożone trzy oferty:

1. oferta numer: 15-18-000157[03/1]-0001/00 złożona przez Calisia – Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka Jawna, ul. Kwiatowa 1, 62-800 Kalisz;

2. oferta numer: 15-18-000157[03/1]-0002/00 złożona przez Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;
3. oferta numer: 15-18-000157[03/1]-0003/00 złożona przez Odwołującego Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych z siedzibą przy Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań;

Postępowanie numer 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 r., poz. 2295 t.j.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm., w tym Dz. U. z 2017 r., poz. 2364), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”;
- 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.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenie numer 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 numer 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 Narodowego Funduszu Zdrowia 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 15 stycznia 2018 r.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała trzech oferentów do usunięcia braków formalnych w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia ofert. Żadna z ofert nie została wycofana, pozostawiona bez rozpoznania, ani odrzucona. Weryfikację spełniania zaoferowanych warunków komisja konkursowa przeprowadziła u trzech oferentów. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem wszystkie trzy oferty, jako spełniające wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie,

na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 5 rozporządzenia w sprawie szczegółowych 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 (7,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- pielęgniarka - równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki:
 - tak (3,00 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);
- aparat RTG naczyniowy – w lokalizacji:
 - tak (3,00 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 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:

- tak (1,00 punkt);
- nie (brak punktów);

d) kategorii - zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia:

- Certyfikat Akredytacyjny przyznawany 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 – 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% świadczeń 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 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:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów);

f) kategorii - pozostałe warunki:

- zautomatyzowany system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem.
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- świadczeniodawca prowadzi historię choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w kategorii:

- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych.
 - tak (3,00 punkty);

- nie (brak punktów);
- całodobowe laboratorium w lokalizacji:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- harmonogram czasu pracy (jedna odpowiedź do wyboru):
 - dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie tygodniowo:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 25 godzin do 35 godzin włącznie tygodniowo:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w:

a) kategorii – kompleksowość – poradnie / oddziały / pracownie:

- realizacja umowy w zakresie chirurgii naczyniowej w poradni przyszpitalnej.
 - tak (11,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii - dostęp do badań i zabiegów:

- realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców.
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w:

- 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 punktów);
 - 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 (4,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);

5. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 20,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika numer 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

6. Kryterium inne:

- współpraca z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- opinia wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia - brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 Ustawy – dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub

komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu 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);

Dnia 28 lutego 2018 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia, wskazano jednego oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Spółka z o.o., z siedzibą przy ul. Słowiańskiej 41, 64-100 Leszno.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego POSUM, ponieważ w ogłoszeniu o postępowaniu wskazano, że w jego wyniku zostanie zawarta tylko jedna umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania konkursowego. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 liczba uzyskanych punktów w rankingu końcowy dla wybranego podmiotu przedstawiała się jak w poniższej tabeli.

RANKING KOŃCOWY										
pozycja oferty w rankingu i nazwa oferenta	nazwa i adres miejsca udzielania świadczeń	cena jednostki rozlicz. (zł)	punktacja							decyzja o wybraniu ofert
			za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	łączna liczba punktów oceny	
Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Spółka z o.o.	Chirurgia Naczyń – Zespół Chirurgii Jednego Dnia ul. Słowiańska 41 64-100 Leszno	0,90	20	29	11	11	3	0	74	TAK
Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych	Oddział Leczenia Jednego Dnia Al. Solidarności 36 61-696 Poznań	1,00	10	31	11	6	0	-8	50	NIE
Calisia – Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka Jawna	Oddział Chirurgii Naczyniowej ul. Kwiatowa 1 62-800 Kalisz	0,95	15	3	11	4	0	0	33	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 w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 5 Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia, cz. 2 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – chirurgia naczyniowa” Załącznika nr 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne” do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 3 „Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego” część II. „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie leczenia jednego dnia” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII formularza ofertowego Ankiety oferencji biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia, udzielali następujących odpowiedzi

1. Oferent: Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Spółka z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno w zakresie miejsca udzielania świadczeń – Chirurgia Naczyń – Zespół Chirurgii Jednego Dnia

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, za co otrzymał 9,00 punktów;
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, za co otrzymał 7,00 punktów;
- zadeklarował pielęgniarkę - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, za co otrzymał 4,00 punkty;
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, za co otrzymał 3,00 punkty;

b) kategorii - sprzęt i aparatura medyczna:

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował aparatu RTG naczyniowy – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

c) kategorii - zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji za co otrzymał 1,00 punkt;

d) kategorii - zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia:

- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu Akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co nie otrzymał punktów;

e) kategorii - wyniki kontroli:

- 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;
- nie zadeklarował udzielenia 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 obciążenia 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 udzielenia 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 – 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 stwierdzenia 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, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

f) kategorii - pozostałe warunki:

- nie zadeklarował posiadania 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 wystawia recepty i skierowania co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 3,00 punkty;
- zadeklarował posiadanie całodobowego laboratorium w lokalizacji, za co otrzymał 5,00 punktów;
- harmonogram czasu pracy – zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo, za co otrzymał 3,00 punkty;

3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w:

a) kategorii - kompleksowość – poradnie / oddziały / pracownie:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie chirurgia naczyniowa w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał 11,00 punktów;

b) kategorii - dostęp do badań i zabiegów:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co nie otrzymał punktów;

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 2,00 punkty;

5. Kryterium inne:

- nie zadeklarował przekazywania do Agencji w terminie danych, o której mowa w art. 31lc ust. 2 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „nie dotyczy” co do braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 Ustawy – dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu 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, za co nie otrzymał punktów.

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 zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał 20,00 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,00 zł.

2. Odwołujący: Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych, miejsce udzielania świadczeń – Oddział Leczenia Jednego Dnia, Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, za co otrzymał 9,00 punktów;
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, za co otrzymał 7,00 punktów;
- zadeklarował pielęgniarkę - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, za co otrzymał 4,00 punkty;
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, za co otrzymał 3,00 punkty;

b) kategorii - sprzęt i aparatura medyczna:

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował aparatu RTG naczyniowy – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

c) kategorii - zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji za co nie otrzymał punktów;

d) kategorii - zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia:

- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu Akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co nie otrzymał punktów;

e) kategorii - wyniki kontroli:

- 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;
- nie zadeklarował udzielenia 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 obciążenia 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 udzielenia 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 – 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 stwierdzenia 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, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

f) kategorii - pozostałe warunki:

- nie zadeklarował posiadania 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 wystawie recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 5,00 punktów;

2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 3,00 punkty;
- zadeklarował posiadanie całodobowego laboratorium w lokalizacji, za co otrzymał 5,00 punktów; jednakże po weryfikacji przeprowadzonej przez komisję konkursową zmieniono odpowiedź na „NIE” i nie naliczono punktów;
- harmonogram czasu pracy – zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo, za co otrzymał 3,00 punkty;

3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w:

a) kategorii - kompleksowość – poradnie / oddziały / pracownie:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie chirurgii naczyniowej w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał 11,00 punktów;

b) kategorii - dostęp do badań i zabiegów:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co nie otrzymał punktów;

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

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

5. Kryterium inne:

- nie zadeklarował przekazywania do Agencji w terminie danych, o której mowa w art. 31lc ust. 2 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „nie dotyczy” co do braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 Ustawy – dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu 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, jednakże po weryfikacji przeprowadzonej przez komisję konkursową zmieniono odpowiedź na „TAK” i odjęto 8,00 punktów;

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 zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał 10,00 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,00 zł.

3. Oferent: Calisia – Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka Jawna, w zakresie miejsca udzielania świadczeń – Oddział Chirurgii Naczyniowej, ul. Kwiatowa 1, 62-800 Kalisz

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii personel:

- nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – lekarza specjalisty w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu - lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pielęgniarki - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, za co nie otrzymał punktów;

b) kategorii - sprzęt i aparatura medyczna:

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował aparatu RTG naczyniowy – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

c) kategorii - zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji za co nie otrzymał punktów;

d) kategorii - zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia:

- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu Akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co nie otrzymał punktów;

e) kategorii - wyniki kontroli:

- 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;
- nie zadeklarował udzielenia 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 obciążenia 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 udzielenia 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 – 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 stwierdzenia 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, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

f) kategorii - pozostałe warunki:

- nie zadeklarował posiadania 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 wystawia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 3,00 punkty;
- nie zadeklarował posiadania całodobowego laboratorium w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- harmonogram czasu pracy – zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie tygodniowo, za co otrzymał 1,00 punkt;

3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w:

a) kategorii - kompleksowość – poradnie / oddziały / pracownie:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie chirurgia naczyniowa w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał 11,00 punktów;

b) kategorii - dostęp do badań i zabiegów:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co nie otrzymał punktów;

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

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

5. Kryterium inne:

- nie zadeklarował przekazywania do Agencji w terminie danych, o której mowa w art. 31lc ust. 2 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „nie dotyczy” co do braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 Ustawy – dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu 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, za co nie otrzymał punktów.

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 zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł za co otrzymał 15 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,00 zł.

Odnosząc się kolejno do zarzutów w zakresie decyzji komisji konkursowej o niewybraniu oferty Odwołującego POSUM i argumentacji przywoływanej w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowej – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze województwa wielkopolskiego wskazać należy, co następuje.

Dokonana w treści niniejszej decyzji analiza oferty Odwołującego POSUM nie wykazała nieprawidłowości w obliczeniu jej punktacji. W ocenie Odwołującego POSUM komisja konkursowa dopuściła się naruszenia 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 oferty w oparciu o niepełną, nierzetelną i nieprawidłową ocenę spełnianych przez niego wymogów w kontekście zasad wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia i zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Zarzut Odwołującego POSUM jest niezasadny, przede wszystkim kontekście udokumentowanych wyników przeprowadzonych weryfikacji spełnienia przez wszystkich oferentów wymagań zapisanych w przepisach obowiązujących w zakresie świadczeń chirurgii naczyniowej realizowanych w trybie jednodniowym. Weryfikacje w oferowanych miejscach udzielania świadczeń przeprowadzono w dniach 13, 15 oraz 20 lutego br. Sprawdzono spełnienie warunków wymaganych takich jak posiadanie USG z opcją kolorowego Dopplera, gabinetu diagnostyczno – zabiegowego, punktu pielęgniarskiego, pokoju dla pacjentów z łózkami lub fotelami wypoczynkowymi, bloku operacyjnego z wyposażeniem, stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego m.in. w aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym, urządzenia do monitorowania pracy układu oddechowego oraz ciśnienia krwi, sprzęt do dożylnego podawania leków i przetoczeń płynów oraz sali wybudzeń. Z zakresu wymagań rankingujących sprawdzono posiadanie stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, pomieszczenia higieniczno – sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych oraz całodobowego laboratorium.

Na stronach od 11 do 19 niniejszej decyzji zostały opisane wszystkie oferty jakie zostały złożone postępowaniu w zakresie punktów rankingujących jakie tym ofertom zostały przyznane po dokonaniu oceny spełniania zadeklarowanych warunków. Szczegółowa analiza wykazała, że łączna liczba punktów oceny uzyskanych przez Odwołującego POSUM wynosiła 50,00. Oferta Oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowej – zespół chirurgii jednego dnia otrzymała

74,00 punkty. Na przedstawioną różnicę składa się brak 5,00 punktów w kategorii dostępności, który wynika z braku zapewnienia dostępu w lokalizacji do całodobowego laboratorium oraz brak 3,00 punktów w kategorii ciągłości, których nienaliczenie wynikało z nie udzielania przez Odwołującego POSUM świadczeń w okresie poprzedzającym, ani w dniu złożenia oferty w zakresie świadczeń chirurgii naczyniowej realizowanych w trybie jednodniowym. Ponadto komisja konkursowa weryfikując ofertę odjęła Odwołującemu POSUM 8,00 punktów w wyniku zmiany odpowiedzi ankietowej na pytanie o posiadanie ważnej pozytywnej opinii wojewody, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 Ustawy, z uwagi na brak przedmiotowej opinii.

Najwyższa liczba punktów różnicy, to jest 10,00, wynika z naliczonej punktacji za kryterium cenowe. Odwołujący POSUM w ofercie zaoferował cenę wykonania świadczeń w wysokości 1,00 zł za jeden punkt rozliczeniowy. Zgodnie z zasadami obliczania punktacji za ofertę cenową Odwołujący POSUM otrzymał 10,00 punktów. Odwołujący POSUM zarzuca komisji konkursowej działanie wbrew art. 134 ust. 1 i 2 oraz art. 142 ust. 6 Ustawy w zakresie w jakim komisja nie zaprosiła Odwołującego do negocjacji. Zgodnie z treścią art. 142 ust. 7 Ustawy, komisja konkursowa ma przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Jednocześnie podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż zgodnie z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia. W tym miejscu zwrócić uwagę należy na fakt, iż w niniejszym postępowaniu nie przeprowadzono negocjacji z żadnym oferentem, w szczególności biorąc pod uwagę, że w wyniku rozstrzygnięcia postępowania zawarta mogła zostać tylko jedna umowa. Tak więc uwzględniając specyfikę postępowania konkursowego komisja nie miała obowiązku prowadzenia negocjacji. Jednocześnie za tą decyzją przemawia ekonomika prowadzenia postępowania jak i potencjalnie możliwe do osiągnięcia przez pozostałych, niewybranych oferentów ilości punktów przy uwzględnieniu maksymalnie obniżonej ceny za jednostkę rozliczeniową. Podstawową przesłanką dla komisji było więc ustalenie, czy prowadzenie negocjacji z konkretnym oferentem może prowadzić do zmiany jego pozycji w rankingu. Zgodnie z ww. rozporządzeniem w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu oferentów kwalifikuje się licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji dotyczących ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielania świadczeń ze wszystkimi oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania konkursowego. Powyższe pozwala przyjąć, iż przeprowadzenie negocjacji z oferentami jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem komisji konkursowej (vide wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2014 roku, sygn. II GSK 2042/12). Oferent, który został wskazany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Funduszu w prowadzonym postępowaniu zadeklarował lepsze warunki realizacji umowy,

w związku z czym uzyskał największą liczbę punktów. Wybór jego oferty wyczerpał niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie w tym postępowaniu. (W postępowaniu nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 wartość zamówienia wynosiła 150 000,00 zł, a wyniku wybrania jednego oferenta wydatkowano kwotę 149 995,80 zł.) Została również wyczerpana przewidziana do zawarcia przez Oddział Funduszu w tym postępowaniu liczba umów, czyli jedna. Na podstawie odpowiedzi zawartych w formularzu ofertowym oferta Odwołującego POSUM uzyskała łącznie 50,00 punktów i zajęła 2 miejsce w rankingu końcowym. Nawet gdyby Odwołujący POSUM został zaproszony do negocjacji i zaproponował cenę umożliwiającą otrzymanie maksymalnej liczby punktów, czyli 20,00, otrzymałby łącznie 60,00 punktów. Ta liczba punktów nie spowodowałaby przesunięcia jego oferty na pozycję pierwszą w rankingu końcowym, a tym samym nie umożliwiłoby mu to zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oferta zdobyłaby niewystarczającą liczbę punktów i nie zostałaby wybrana do zawarcia umowy. Zdaniem Odwołującego POSUM pozbawienie go „możliwości uczestniczenia w negocjacjach, przy braku sposobności przewidzenia sposobu prowadzenia negocjacji przez pozostałych oferentów rodzi bardzo istotne ryzyko doprowadzenia do naruszenia zasady równego traktowania wszystkich oferentów i poszanowania w związku z tym zasad uczciwej konkurencji”. Jak jednak wyżej wykazano, decyzja komisji konkursowej o braku zaproszenia do negocjacji nie tylko nie naruszyła interesu prawnego Odwołującego POSUM ale była uzasadniona treścią ofert wszystkich biorących udział w postępowaniu oferentów. Tym samym bezzasadnym pozostaje zarzut o naruszeniu zasady równego traktowania oferentów. Ponadto nie znajduje uzasadnienia twierdzenie Odwołującego POSUM jakoby decyzją komisji konkursowej został on pozbawiony szansy na to, że jego oferta zostanie wybrana, a w konsekwencji zawarłby z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołujący POSUM wniósł o uwzględnienie jego argumentacji zawartej w odwołaniu, zweryfikowanie wyników przeprowadzonego postępowania oraz uwzględnienie jego oferty i zawarcie z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W tym miejscu podkreślić należy, że zgodnie z art. 139 ust. 1 Ustawy Oddział Funduszu może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie ze świadczeniodawcą wskazanym, po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań. Postępowanie konkursowe numer 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 w dniu 28 lutego 2018 r. zostało rozstrzygnięte, a tym samym zakończone. Wybór wskazanego oferenta wyczerpał niemalże całkowicie wartość wskazanych w ogłoszeniu dla tego postępowania środków finansowych. Nie ma zatem podstaw do przeprowadzenia postępowania w trybie rokowań, ponieważ nie zachodzi żadna z przesłanek do ich ogłoszenia ujętych w art. 144 Ustawy. Postępowanie numer 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 nie zostało bowiem unieważnione, nie zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć ani też liczba świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń będących przedmiotem niniejszego postępowania nie jest ograniczona. Nie zachodzi również przesłanka z art. 154 ust. 7 Ustawy, zgodnie z którym w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył uwzględnione odwołanie. Tym samym przepisy regulujące sposób wyłaniania świadczeniodawców oraz zawierania z nimi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie umożliwiają prowadzenia rokowań z oferentem, którego oferta nie została wybrana lub którego odwołanie nie zostało uwzględnione.

Należy podkreślić, że porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje kompleksowość, jakość udzielanych świadczeń, ale także ich dostępność, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona np. certyfikatem. Określone w art. 148 Ustawy oraz w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert kryteria ocen muszą być stosowane jednolicie przez komisję konkursową wobec wszystkich oferentów. Powyższe wyjaśnienia wskazują jednoznacznie, że komisja konkursowa dopełniła swoich obowiązków i dokonała oceny ofert zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Dodać należy, że Fundusz jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1870 ze 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. Zatem, podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującego POSUM mniejszej liczby punktów w rankingu końcowym oraz wyczerpanie wartości zamówienia przez oferenta, który uzyskał największą liczbę punktów stanowiło jedyny powód niewybrania oferty Odwołującego POSUM.

W postępowaniu odwoławczym, 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. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrzył się naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniu wniesionym przez Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000157/SZP/03/1/03.4530.032.02/01 o zawarcie umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze województwa wielkopolskiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc

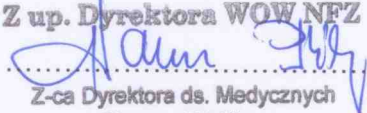
postępowanie administracyjne w sprawie. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 Ustawy 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.

Z up. Dyrektora WOW NFZ


Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips

Wykonano w 4 egz.:

1. Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno
 2. Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych, Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań
 3. 4. a/a,
- Sporządziła: M. Bajon