

WO-DP.422.53.2018

Poznań, dnia 7 czerwca 2018 roku

DECYZJA NR 48/2018/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 odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 maja 2018 roku postępowania nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatu gostyńskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, rawickiego i wolsztyńskiego, wniesionego przez VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J. z siedzibą w Lesznie (64-100) przy ul. Jana Kiepury 12, postanawiam

oddalić odwołanie w całości.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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 13 marca 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatu gostyńskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, rawickiego i wolsztyńskiego.

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 1 166 000,00 złotych

na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 2 (słownie: dwie).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 14 maja 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.

Dnia 22 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie (nadane dnia 21 maja 2018 roku w placówce Poczty Polskiej) wniesione przez VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J. z siedzibą w Lesznie (64-100) przy ul. Jana Kiepury 12 (zwanego dalej: „Odwołującym”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 maja 2018 roku

postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032. 02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032. 02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, Odwołujący zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 134 Ustawy, poprzez nierówne traktowanie oferentów w toku postępowania i naruszenie zasad uczciwej konkurencji, co przejawiało się poprzez:

1. przyznanie punktów oferentowi Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie za spełnienie warunku dodatkowo ocenianego, po zmianie odpowiedzi ankietowej z „nie” na „tak” w punkcie „Wykonanie w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry” na podstawie złożonego oświadczenia, natomiast niedokonaniu takiej samej zmiany odpowiedzi ankietowej i nieprzyznaniu punktów Odwołującemu, który przeanalizował dokumenty i stwierdził, iż jego sytuacja przedstawiała się analogicznie do sytuacji opisanej przez Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie;
2. brak wystarczających podstaw do uwzględnienia przez komisję konkursową wyjaśnień oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie i w konsekwencji niesłuszne przyznanie punktów za spełnienie warunku dodatkowo ocenianego w punkcie „W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy wniosek nieprzerwanie od 10 lat”;
3. bezkrytyczne potraktowanie przez komisję konkursową przedłożonego przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie certyfikatu ISO 9001:2015 oraz załączonych do niego aneksów. W ocenie Odwołującego wątpliwości co do spełnienia przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie warunku dodatkowo ocenianego posiadania certyfikatu ISO 9001:2015 i przyznania punktów w tym zakresie uzasadnione są zbyt ogólnym sformułowaniem zakresu ważności przedmiotowego certyfikatu oraz niesprecyzowaniem w aneksach świadczeń szpitalnych.

Wskazując na powyższe zarzuty Odwołujący wnosi o uwzględnienie odwołania, zmianę punktacji oraz zmianę pozycji w rankingu końcowym.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego pismem z dnia 23 maja 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu

Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz drugiego świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. 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. W dniu 24 maja 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 7 czerwca 2018 roku.

W dniu 1 czerwca 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Leszczyńskiego Centrum Medycznego Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie, w którym oferent ten odniósł się do zarzutów podniesionych w odwołaniu z dnia 21 maja 2018 roku wniesionego przez VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J. z siedzibą w Lesznie.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 maja 2018 roku postępowania numer 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatu gostyńskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, rawickiego i wolsztyńskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonym odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatu gostyńskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, rawickiego i wolsztyńskiego, złożone zostały 2 oferty:

1. oferta numer: 15-18-000219[03/1]-0001/00 złożona przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;

2. oferta numer: 15-18-000219[03/1]-0002/00 złożona przez oferenta VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J., ul. Jana Kiepury 12, 64-100 Leszno;

Postępowanie nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2017 roku, poz. 2295 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 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 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity 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 (ze zmianami);
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami);

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 13 marca 2018 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty obu oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u obu oferentów. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Żadna z ofert nie została wycofana, odrzucona ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 2 (słownie: dwóch) oferentów, jako spełniających wymagane warunki.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez pozostałych oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej 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 (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 (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);
- aparat GDX lub HRT lub OCT – 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 świadczeniodawców kosztami leków, 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, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń 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 poprzedzających 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 „realizacja wybranych świadczeń”:
 - wykonanie w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry:

– tak (6,00 punktów);

– nie (brak punktów);

g) 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 którym 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 oceniana w:

a) kategorii „Dostępność”:

- 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);

b) kategorii „Harmonogram czasu pracy”:

- dostępność miejsca udzielania świadczeń [jedna odpowiedź do wyboru]:

– powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie tygodniowo (1,00 punkt);

– powyżej 25 godzin do 35 godzin włącznie tygodniowo (2,00 punkty);

– powyżej 35 godzin tygodniowo (3,00 punkty);

3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii „Kompleksowość – poradnie/oddziały/pracownie”:

- realizacja umowy w zakresie okulistyki lub okulistyki dziecięcej w poradni przyszpitalnej:

– tak (9,00 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 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 proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);
 - nieprzerwanie od 10 lat (3,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);

5. Inne warunki oceniane w:

a) kategorii „Współpraca z Agencją”:

- świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 roku:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii „Opinia wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia”:

- brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach
 - 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 ujemnych);
 - nie dotyczy (brak punktów ujemnych);

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 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 tym miejscu podkreślić należy, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 podjęła uchwały, a w szczególności:

- I. Uchwała z dnia 4 kwietnia 2018 roku dotyczyła sposobu przeprowadzenia weryfikacji ofert pod względem merytorycznym, w tym spełnienia warunków wymaganych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (dalej „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”) i rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Niniejszą uchwałą komisja konkursowa ustaliła, iż uwzględniając zapis § 1 ust. 1 pkt 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 roku

zmieniającego 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 w brzmieniu, iż „komisja konkursowa nie może żądać od oferenta przekazania danych potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, jeżeli potwierdzenie tych danych jest możliwe na podstawie posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych lub rejestrów publicznych posiadanych przez inne podmioty publiczne, do których Narodowy Fundusz Zdrowia ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1114 oraz z 2016 roku, poz. 352 i 1579)”, dokonywać będzie weryfikacji ofert złożonych na prowadzone przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ postępowania konkursowe w rodzaju leczenie szpitalne (dotyczy wszystkich zakresów świadczeń stanowiących przedmiot postępowań konkursowych na wskazanych w ogłoszeniach obszarach kontraktowania) na podstawie informacji zawartych w Systemie Informatycznym Oddziału Wojewódzkiego NFZ KS-SICH, poprzez bezpośrednią weryfikację ID świadczeniodawców oraz sporządzonych na okoliczność prowadzonych postępowań konkursowych następujących baz danych:

- 1) OCENA PWT i LO_SZP_JEDNODNIOWKA I PLANOWE (dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości)
- 2) LATA obowiązywania umów 5, 10 lat – kontynuacja umowy (dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Ciągłość); Ewidencja kontroli (2012 – 2017) - łącznie 6 zeszytów kontroli do konkursu (dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości);
- 3) Ewidencja kontroli (2012 – 2017) - łącznie 6 zeszytów kontroli do konkursu (dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości);
- 4) Wszystkie zakresy ogłoszone do dnia 18.01 dane do obliczeń PO TERMINIE 10% za 2017 - dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości;
- 5) hospitalizacja planowa pakiet onkologiczny 2017 - dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Ciągłość;
- 6) Do poradni przyszpitalnych AOS 2017 27.03.2018 cały AOS i zakresy onkologiczne - dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Poradnie/oddziały/ pracownie/gabinety.

- 7) Hospitalizacje jednodniowe okulistyka zaćmy i jaskry 2017 23.03.2018; Hospitalizacje planowe endoprotezy w ortop i traumatologia 2017 23.03.2018 - dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Realizacja wybranych świadczeń
- 8) Brachyterapia teleradioterapia terapia izotopowa 03_4 2017 23.03.2018; Chemioterapia 03_3 2017 23.03.2018; Chemioterapia z konkursu 2018 marzec; Hospitalizacja planowa pakiet onkologiczny 2017 z dnia 27.03.2018 - dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych
- 9) Szp okulistyka zabiegowe świadczenia jaskry i zaćmy w AOS jaskra Z_57 rok 2017 - dotyczy weryfikacji pytań ankietowych zawartych w VIII części formularza ofertowego – rozdział: Realizacja wybranych świadczeń

W części dotyczącej korzystania z rejestrów podmiotów publicznych, komisja konkursowa weryfikowała dane zawarte w ofertach:

- 1) w zakresie wpisów do rejestrów centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej weryfikacja poprzez: <https://prod.ceidg.gov.pl/CEIDG/ceidg.public.ui/Search.aspx>
- 2) w zakresie rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą weryfikacja poprzez: <https://rpwdl.csioz.gov.pl/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- 3) w zakresie rejestru lekarzy – weryfikacja poprzez centralny rejestr lekarzy RP: <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/rejlek/hurtd>
- 4) w zakresie Krajowego Rejestru Sądowego weryfikacja poprzez: <https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu>.

Uchwałą z dnia 4 kwietnia 2018 roku zatem komisja konkursowa uchwaliła powyższy sposób weryfikowania ofert w oparciu o sporządzone na podstawie własnych zasobów oraz dostępne z rejestrów zewnętrznych bazy informacji.

- II. W dniu 11 kwietnia 2018 komisja konkursowa podjęła uchwałę odnośnie oceny spełnienia przez oferentów warunku zapewnienia dostępu lub całodobowego dostępu do badań laboratoryjnych, w tym mikrobiologicznych. Uwzględniając zapis § 4 ust. 1 pkt 3 lit. a) oraz § 4 ust. 5 pkt 3 lit. a) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych dotyczący zapewnienia całodobowego dostępu lub co najmniej dostępu do badań laboratoryjnych w tym mikrobiologicznych postanowiła, w przypadku oferentów posiadających umowę na podwykonawstwo w ww. zakresie, dokonać sprawdzenia wpisu wykazanych przez oferenta podwykonawców w ogólnodostępnej bazie laboratoriów medycznych Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych dostępnej pod następującym adresem internetowym:

<http://kidl.org.pl/index.php?page=lista-laboratoriow>, natomiast w przypadku oferentów realizujących badania we własnym zakresie, komisja konkursowa dokona sprawdzenia księgi rejestrowej danego oferenta pod kątem posiadania odpowiedniego wpisu potwierdzającego posiadanie w strukturze podmiotu właściwej dla przedmiotowych badań pracowni diagnostycznej.

- III. Również w dniu 11 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę dotyczącą oceny spełnienia warunków wymaganych dla bloku operacyjnego w ramach zespołu chirurgii jednego dnia. Uwzględniając zapis § 4 ust. 5 pkt 6 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych dotyczący warunków wymaganych, jakie powinien spełnić świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie leczenia jednego dnia w ramach zespołu chirurgii jednego dnia – dotyczy zapewnienia w miejscu udzielania świadczeń bloku operacyjnego, komisja konkursowa postanowiła nie sprawdzać spełnienia warunków wymaganych określonych w ww. akcie prawnym na podstawie wykazu sprzętu i pomieszczeń zadeklarowanych w ofercie i nie uwzględnić jednocześnie tych wymogów we wzorze karty oceny warunków wymaganych od oferentów w ramach leczenia jednego dnia. Zgodnie z uchwałą wyposażenie oraz pomieszczenia wchodzące w skład bloku operacyjnego zostaną sprawdzone podczas weryfikacji miejsca udzielania świadczeń oferentów.
- IV. Uchwała z dnia 13 kwietnia 2018 roku określała tryb postępowania komisji konkursowej w zakresie oceny spełnienia warunku rankingującego określonego w ankiecie formularza ofertowego w rozdziale: Realizacja wybranych świadczeń, pytanie: Wykonanie w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry. Przyjęto, iż za prawdziwe należy uznać udzielenie odpowiedzi „TAK” jeżeli z raportów statystycznych – medycznych, także w realizacji świadczeń zabiegowych w okulistyce w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Z57 świadczenia zabiegowe - grupa 57), dostępnych w systemie informatycznym Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wynikało, iż oferent w ciągu ostatniego roku kalendarzowego wykonał zabiegi związane zarówno z leczeniem zaćmy jak i jaskry. Dokonywano również zmiany odpowiedzi ankietowej na „TAK” w ofertach, w których oferenci nie zadeklarowali spełnienia warunku dodatkowo ocenianego, a po dokonaniu sprawdzenia przez komisję konkursową realizacji świadczeń w zakresie leczenia zaćmy i jaskry w ramach zarówno leczenia szpitalnego jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wynikałoby, iż istnieje możliwość udzielenia przez Oferenta odpowiedzi na pytanie, że wykonano w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczenia w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry.
- V. Uchwałą z dnia 23 kwietnia 2018 roku Komisja konkursowa postanowiła odstąpić od weryfikacji warunków realizacji świadczeń na bloku operacyjnym (brak załącznika nr 3 do protokołu weryfikacji

oferenta, którego wzór wprowadza uchwała – powołanie zespołów ds. weryfikacji oferentów z dnia 23 kwietnia 2018 r.) oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” Sp. z o.o., nr oferty: 15-18-000219[03/1]-0001/00, z uwagi na fakt, iż blok operacyjny został już zweryfikowany podczas wizytacji komisji konkursowej w miejscu udzielania świadczeń przy ul. Słowiańskiej 41, 64-100 Leszno w dniu 15 lutego 2018 roku w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie nr 15-18-000157[03/1]-0002/00 złożonej w zakresie chirurgii naczyniowej – zespół chirurgii jednego dnia. Wobec stwierdzonych powyżej okoliczności, komisja konkursowa postanowiła odstąpić od weryfikacji warunków realizacji świadczeń na bloku operacyjnym przez oferenta i przyjąć ofertę nr 15-18-000219[03/1]-0001/00 do dalszego procedowania.

VI. W dniu 27 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę dotyczącą trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym. Na jej podstawie komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 postanowiła:

1) w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w tym szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest wtedy, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty - wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);

2) w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) - wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje

ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);

3) W przypadkach innych niż określone pod pkt 1 i 2, tj. wtedy, gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu udzielania świadczeń weryfikacji oferenta (dotyczy np. posiadania sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych) lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy np. faktu współpracy oferenta z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, posiadania aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną czy prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej) wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś w przypadku nieprzedłożenia lub po ich przyjęciu, gdy nie potwierdzą one faktu spełnienia przez oferenta warunku dodatkowo ocenianego odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Czynność dokonanych zmian w zakresie odpowiedzi udzielonych przez oferentów na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym zostanie odzwierciedlona w „Potwierdzeniu wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych” stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej Uchwały. Natomiast w przypadku, gdy Komisja konkursowa postanowi przyjąć bez zastrzeżeń wyjaśnienia oferenta będące odpowiedzią na wezwanie do wyjaśnień w przedmiocie niezgodności udzielonych przez oferenta odpowiedzi na pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym i nie zostaną dokonane zmiany w odpowiedziach ankietowych, to odpowiedzi na pytania ankietowe pozostawione bez zmian nie będą wyszczególnione w „Potwierdzeniu wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych”. Powyższa zasada będzie dotyczyć również ofert, w których komisja konkursowa nie dokonała żadnych zmian w odpowiedziach ankietowych, pomimo wezwania oferenta do wyjaśnień (do oferty nie zostanie dołączone „Potwierdzenie wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych”).

- VII. Uchwała z dnia 9 maja 2018 roku w sprawie dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytanie ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym w rozdziale „Dostępność” dotyczące zapewnienia całodobowego dostępu w lokalizacji do pracowni diagnostyki laboratoryjnej.

Komisja konkursowa w trakcie prowadzonych weryfikacji miejsc udzielania świadczeń przez oferentów sprawdzała, w przypadku zadeklarowania w ofercie, warunek zapewnienia przez oferenta całodobowego dostępu do pracowni diagnostyki laboratoryjnej – w lokalizacji. W przypadku braku możliwości weryfikacji spełniania ww. warunku w trakcie prowadzonej weryfikacji, zespół ds. weryfikacji zobowiązał oferenta do przesłania do komisji konkursowej stosownych grafików pracy pracowników laboratorium diagnostycznego, w celu udowodnienia spełniania przedmiotowego warunku dodatkowo ocenianego. Po przeanalizowaniu wyjaśnień oferentów w przedmiocie sposobu zapewnienia całodobowego dostępu do pracowni diagnostyki laboratoryjnej – w lokalizacji, komisja konkursowa ustaliła, że w przypadkach, gdy ze złożonych przez oferentów wyjaśnień nie wynikało wprost, iż w pracowni diagnostyki laboratoryjnej zapewniona jest stała, całodobowa obecność pracowników laboratorium diagnostycznego, tj. gdy treść udzielonych przez oferenta wyjaśnień stoi w opozycji do odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym, komisja konkursowa postanowiła korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące.

Podkreślenia wymaga ponownie, iż powyższe zasady przyjęte w uchwałach komisji konkursowej stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższych uchwałach okoliczności celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców wyrażonej w art. 134 Ustawy.

Dnia 14 maja 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01. 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 okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatu gostyńskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, rawickiego i wolsztyńskiego, wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

- Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno,
- VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J., ul. Jana Kiepury 12, 64-100 Leszno.

Komisja konkursowa wybrała wszystkie oferty, które zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)										
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CENA JEDNOST KI ROZLICZ .(ZŁ)	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o	Okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia ul. Słowiańska 41 64-100 Leszno	0,90 zł	20,00	40,00	9,00	6,00	4,00	0,00	79,00	TAK
2. VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J.	Oddział jednego dnia ul. Kiepury 12 64-100 Leszno	0,98 zł	12,00	25,00	9,00	6,00	3,00	0,00	55,00	TAK

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 okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 5 „Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia”, cz. 5. „Zespół chirurgii jednego dnia – Okulistyka/Okulistyka dziecięca” załącznika nr 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia leczenie szpitalne” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent: Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno

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 **9,00 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 **2,00 punkty**;
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, za co otrzymał **4 punkty**;
 - zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, za co otrzymał **2 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna:
- zadeklarował posiadanie stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, za co otrzymał **1,00 punkt**;
 - zadeklarował aparat GDX lub HRT lub OCT – w lokalizacji, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:
- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **2,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- 4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia – określona w tabeli nr 5 Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia zakres 5 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – Okulistyka/Okulistyka dzieci” lp. I kryterium Jakość:
- nie zadeklarował posiadania 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 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował obciążeń świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

6) kategoria 6. Realizacja wybranych świadczeń:

- pierwotnie nie zadeklarował wykonania w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry, **jednakże informacja ta nie znalazła potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i zgodnie z uchwałą komisji konkursowej z dnia 13 kwietnia 2018 roku, opisaną szerzej powyżej, komisja wezwała oferenta do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 26 kwietnia 2018 roku oferent udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż błędnie złożył deklarację „nie” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „tak”, co wiązało się z przyznaniem 6,00 punktów;**

7) kategoria 7. 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 wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał **5,00 punktów;**

II. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **3,00 punkty;**
- pierwotnie zadeklarował posiadanie całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **jednakże dostarczona, po przeprowadzeniu weryfikacji oferenta, dokumentacja nie potwierdziła spełnienia zadeklarowanego warunku i zgodnie z uchwałą komisji konkursowej z dnia 9 maja 2018 roku, opisaną szerzej powyżej, zmieniono odpowiedź na „nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;**

2) kategoria 2. Harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń – powyżej 35 godzin tygodniowo, za co otrzymał **3,00 punkty;**

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) kategoria 1. Kompleksowość – poradnie/oddziały/pracownie:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie okulistyki lub okulistyki dziecięcej w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał **9,00 punktów**;

2) kategoria 2. Dostęp do badań i zabiegów:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, iż 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 **1,00 punkt**;
- w punkcie w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat”, za co otrzymał **3,00 punkty**;

V. W zakresie innych warunków:

1) kategoria 1. Współpraca z Agencją:

- nie zadeklarował, że przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 roku, za co nie otrzymał punktów;

2) kategoria 2. Opinia wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach – 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, zaznaczył odpowiedź „nie dotyczy” za co nie otrzymał punktów ujemnych;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **20,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.**

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.

Oferent: VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J., ul. Jana Kiepury 12, 64-100 Leszno

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 **9,00 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 **2,00 punkty**;
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, za co otrzymał **4 punkty**;
- nie zadeklarował pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, za co nie otrzymał punktów;

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna:

- zadeklarował posiadanie stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- zadeklarował aparat GDX lub HRT lub OCT – w lokalizacji, za co otrzymał **2,00 punkty**;

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów

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

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

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- pierwotnie 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, **jednakże informacja ta nie znalazła potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i zgodnie z uchwałą komisji z dnia 27 kwietnia 2018 roku, opisaną szerzej powyżej, komisja wezwwała oferenta do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 18 kwietnia 2018 roku oferent udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż błędnie złożył deklarację „nie” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „tak”, co wiązało się z przyznaniem 1,00 punktu ujemnego;**

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- zadeklarował przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało przyznaniem **3,00 punktów ujemnych;**
- zadeklarował niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało przyznaniem **1,00 punktu ujemnego;**
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- pierwotnie nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, **jednakże informacja ta nie znalazła**

potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i zgodnie z uchwałą komisji z dnia 27 kwietnia 2018 roku, opisaną szerzej powyżej, komisja wezwała oferenta do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 18 kwietnia 2018 roku oferent udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż błędnie złożył deklarację „nie” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „tak”, co wiązało się z przyznaniem 1,00 punktu ujemnego;

- 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

6) kategoria 6. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował wykonania w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry, za co nie otrzymał punktów;

7) kategoria 7. 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 wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał **5,00 punktów**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność:

- 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;

2) kategoria 2. Harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował dostępność miejsca udzielania świadczeń – powyżej 35 godzin tygodniowo, za co otrzymał **3,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) kategoria 1. Kompleksowość – poradnie/oddziały/pracownie:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie okulistyki lub okulistyki dziecięcej w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał **9,00 punktów**;

2) kategoria 2. Dostęp do badań i zabiegów – określona w tabeli nr 5 Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia zakres 5 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – Okulistyka/Okulistyka dzieci” lp. III kryterium Kompleksowość:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

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

V. W zakresie innych warunków:

1) kategoria 1. Współpraca z Agencją:

- nie zadeklarował, że przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 roku, za co nie otrzymał punktów;

2) kategoria 2. Opinia wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach – 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, zaznaczył odpowiedź „nie dotyczy” za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- VI. W zakresie kryterium ceny odwołujący VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J. z siedzibą w Lesznie zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,98 zł za co otrzymał **12,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

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.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatu gostyńskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, rawickiego i wolsztyńskiego, należy wskazać co następuje.

Wobec faktu, iż Odwołujący wywodzi naruszenie swojego interesu prawnego z niewłaściwej oceny oferty złożonej przez podmiot konkurujący i nieprawidłowości w przyznaniu punktów za wskazane kryteria oceny ofert w pierwszej kolejności wyjaśnić należy, iż art. 134 Ustawy stanowi, że Fundusz obowiązany jest 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 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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. Podstawą działania komisji konkursowej jest art. 139 ust. 4 Ustawy, który przyznaje Dyrektorowi Wojewódzkiego Oddziału Funduszu kompetencje do powołania i odwoływania komisji w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast tryb działania komisji konkursowej określa rozporządzenie 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 wydane na podstawie ustawowej delegacji zawartej w ust 9 art. 139 Ustawy. Dyspozycja § 9 ust. 3 i 4 ww. rozporządzenia wskazuje, iż komisja konkursowa podejmuje uchwały w obecności co najmniej 2/3 jej składu w drodze jawnego głosowania zwykłą większością głosów. Celem zachowania równego traktowania świadczeniodawców zasady przyjęte w uchwałach stosowane są w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w uchwałach okoliczności.

Przenosząc powyższe na grunt rozpatrywanego odwołania wskazać należy, iż Odwołujący w złożonej do postępowania nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 ofercie nie zadeklarował spełnienia warunku wykonania w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry oraz nie załączył oświadczenia, w którym wskazuje na przesłanki uzasadniające zadeklarowanie ww. warunku lub na wątpliwości co do prawidłowości swojego postępowania w tym zakresie. Oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. w złożonej w tym samym postępowaniu ofercie także nie zadeklarował spełnienia warunku wykonania w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry, natomiast załączył oświadczenie, w którym wskazał na przesłanki uzasadniające zadeklarowanie ww. warunku i na wątpliwości co do prawidłowości swojego postępowania w tym zakresie. Zgodnie z przepisami zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego

zarządzeniem nr 19/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Jednakże na gruncie podjętych uchwał z dnia 4 kwietnia 2018 roku i 13 kwietnia 2018 roku, opisanych szerzej powyżej, w zakresie odpowiedzi na przedmiotowe pytanie, komisja konkursowa zobowiązana była do weryfikacji złożonych ofert na podstawie informacji zawartych w Systemie Informatycznym Oddziału Wojewódzkiego NFZ KS-SICH poprzez bezpośrednią weryfikację ID świadczeniodawców oraz sporządzonych na okoliczność prowadzonych postępowań konkursowych baz danych „Hospitalizacje jednodniowe okulistyka zaćmy i jaskry 2017 23.03.2018” i „Szp okulistyka zabiegowe świadczenia jaskry i zaćmy w AOS jaskra Z_57 rok 2017” i dokonywała zmiany odpowiedzi ankietowej na „TAK” w ofertach, w których oferenci nie zadeklarowali spełnienia warunku dodatkowo ocenianego, a po dokonaniu sprawdzenia przez komisję konkursową realizacji świadczeń w zakresie leczenia zaćmy i jaskry w ramach zarówno leczenia szpitalnego jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jednoznacznie wynikało, iż istnieje możliwość udzielenia przez Oferenta odpowiedzi twierdzącej na pytanie, że wykonano w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczenia w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry. Podkreślenia wymaga, iż obie przesłanki do zmiany odpowiedzi musiały zaistnieć łącznie. Na etapie postępowania konkursowego zarówno oferta Odwołującego jak i oferta Leszczyńskiego Centrum Medycznego Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie zostały zweryfikowane zgodnie w opisanym w uchwale z dnia 4 kwietnia 2018 roku schematem. Wyniki weryfikacji potwierdziły, iż w ciągu ostatniego roku kalendarzowego obie oferty nie spełniały kryterium realizowania zabiegów związanych z jaskrą w ramach umowy szpitalnej, natomiast jedynie oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie spełniał kryterium realizowania zabiegów związanych z jaskrą w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W związku z powyższym komisja konkursowa prawidłowo ustaliła, iż zmiany odpowiedzi ankietowej należy dokonać wyłącznie w ofercie Leszczyńskiego Centrum Medycznego Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie. Za chybiony należy uznać zatem zarzut Odwołującego naruszenia art. 134 Ustawy poprzez nierówne traktowanie jego oferty w zakresie odpowiedzi na pytanie spełnienia warunku wykonania w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry.

Odnosząc się kolejno do zarzutu braku wystarczających podstaw uwzględnienia przez komisję konkursową wyjaśnień oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie i w konsekwencji niesłusznym przyznaniu punktów za spełnienie warunku dodatkowo ocenianego w punkcie „W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy wnioszek nieprzerwanie od 10 lat” wyjaśnić należy, iż w kwestii oceny spełnienia kwestionowanego warunku

zastosowanie znajdują przepisy §8a pkt 2 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, zgodnie z którym „w przypadku postępowania mającego na celu zawarcie umowy w rodzaju leczenie szpitalne w trybie leczenia jednego dnia - przy ocenie spełnienia warunku uwzględnia się realizację umowy w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej” oraz art. 5 pkt 2a ustawy o świadczeniach definiujący ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej jako organizację udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów. Mając na uwadze powyższe, treść złożonego przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie oświadczenia w zakresie wskazania okresów związania umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyki uzasadnia prawidłowość udzielenia w ofercie odpowiedzi „W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy wnioszek nieprzerwanie od 10 lat”. Informacje te zostały zweryfikowane przez komisję konkursową i potwierdzone w rejestrach znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrzył się zatem nieprawidłowości w przyznaniu punktów za spełnienie tego warunku.

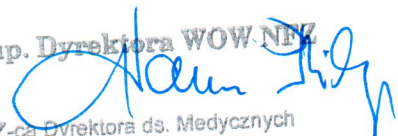
W dokumentacji nie znalazły także potwierdzenia zarzuty dotyczące bezkrytycznego potraktowania przez komisję konkursową przedłożonego przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie certyfikatu ISO 9001:2015 z pominięciem faktu zbyt ogólnego sformułowania zakresu ważności certyfikatu oraz niesprecyzowania w załączonych do niego aneksach świadczeń szpitalnych, a zatem argumentacja Odwołującego także i w tym zakresie nie zasługuje na uwzględnienie. Certyfikat ISO 9001:2015 numer rejestracyjny 0198 100 00081 dla posiadacza Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno wraz z aneksami został wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej oraz w sposób niebudzący żadnych wątpliwości obejmuje rodzaj leczenie szpitalne w zakresie Okulistyka – Zespół chirurgii jednego dnia, a okres jego ważności określony został od dnia 26 stycznia 2018 roku do dnia 20 stycznia 2020 roku, a zatem spełnia wszystkie warunki określone § 6 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert.

W tym miejscu wskazać należy, że o miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskał drugi oferent wybrany w rankingu. Każdy z oferentów odpowiadał na takie same pytania, które wynikały z załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, co jest wyrazem zagwarantowania równego traktowania oferentów w prowadzonym postępowaniu. Każdy z oferentów mógł zatem kształtować

zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji kryterium. Jedynie na marginesie wspomnieć w tym miejscu należy, iż nawet gdyby zarzuty podniesione w odwołaniu zasługiwały na uwzględnienie w całości, co w niniejszej sprawie nie miało miejsca i punktacja zostałaby zmieniona, to nadal nie wpłynęłoby to na zmianę pozycji Odwołującego w rankingu końcowym.

W postępowaniu odwoławczym, którego podstawą jest art. 154 Ustawy, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu 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 postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 o zawarcie umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatu gostyńskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, rawickiego i wolsztyńskiego. 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 15-18-000219/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł 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 Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. 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. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy 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 4 egz.:

1. Odwołujący VIGOR MED Podfigurny, Błachowiak, Musielak Sp. J., ul. Jana Kiepy 12, 64-100 Leszno;
2. Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;
3. a/a;
4. a/a.