

WO.422.55.2018

Poznań, dnia 08-06-2018

DECYZJA NR 49 /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 21 maja 2018 roku postępowania nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 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 chirurgii dziecięcej – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze województwa wielkopolskiego, wniesionego przez „ORT-MEDICA” Spółka z o.o. z siedzibą w Ostrowie Wlkp. przy ul. Brzozowej 7, 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 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 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 chirurgii dziecięcej – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze województwa wielkopolskiego. 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 167 000,00 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 21 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.

W dniu 23 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez „ORT-MEDICA” Spółka z o.o. z siedzibą w Ostrowie Wlkp., przy ul. Brzozowej 7 (zwanego dalej: „Odwołującym”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, Odwołujący zarzucił:

- naruszenie art. 134 ust. 1 Ustawy, zgodnie z którym Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
- naruszenie art. 148 ust. 1 Ustawy poprzez dokonanie wyboru świadczeniodawców z pominięciem ustawowych kryteriów oceny ofert.

W treści odwołania Odwołujący wskazał, iż domaga się jego uwzględnienia w całości oraz zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań.

Jednocześnie Odwołujący zażądał wglądu w akta postępowania i zastrzegł prawo do uzupełnienia środka odwoławczego poprzez rozszerzenie postawionych zarzutów oraz zakreslenia nowych, po zapoznaniu się z aktami sprawy administracyjnej.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismem z dnia 28 maja 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz podmioty, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01, 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. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresleniu terminu wydania decyzji na dzień 8 czerwca 2018 r.

W dniu 4 czerwca 2018 roku z uprawnienia wglądu do akt sprawy skorzystał Odwołujący.

Na skutek złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania numer 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leczenie szpitalne w zakresie chirurgii dziecięcej – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze województwa wielkopolskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołującego w złożonym odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 oraz dokumentacja sporządzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 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 chirurgii dziecięcej – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze województwa wielkopolskiego, złożonych zostało 5 ofert (słownie: pięć):

1. Oferta „ORT-MEDICA” Spółka z o.o., ul. Brzozowa 7, 63-400 Ostrów Wlkp.,
2. Oferta Poznańskiego Ośrodka Specjalistycznych Usług Medycznych, Al. Solidarności 36, 61-696 Poznań.
3. Oferta OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
4. Oferta KALMEDICA Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
5. Oferta Marii Sobali, Os. Jana III Sobieskiego 103, 60-688 Poznań,

Postępowanie nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii dziecięcej – zespół chirurgii jednego dnia, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2295);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2017 roku, poz. 44);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania mów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 13 marca 2018 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała oferentów do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia ofert.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 odrzuciła ofertę złożoną przez Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych.

Braki formalne pozostałych ofert zostały uzupełnione, w wyniku czego żadna z nich nie została pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 4 (słownie: czterech) oferentów.

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:

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń:
 - tak (10,00 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 (6,00 punktów);
 - 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);
- c) kategorii „Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania”:
 - Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia”:
 - Certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- e) kategorii „Wyniki kontroli”:
 - udzielenie świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);

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

- b) kategorii „Harmonogram czasu pracy” [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - dostępność miejsca udzielanie świadczeń powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie tygodniowo (1,00 punkt),
 - dostępność miejsca udzielanie świadczeń powyżej 25 godzin do 35 godzin włącznie tygodniowo (2,00 punkty),
 - dostępność miejsca udzielanie świadczeń powyżej 35 godzin tygodniowo (3,00 punkty);
- 3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
 - a) kategorii „Poradnie/oddziały/pracownie”:
 - realizacja umowy w zakresie chirurgia ogólna w poradni w poradni przyszpitalnej:
 - tak (6,50 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja umowy w zakresie chirurgia dziecięca w poradni przyszpitalnej:
 - tak (6,50 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 oceniana w kategorii „ciągłość”:
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (3,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
- 5. Inne warunki oceniane – część wspólna:
 - 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 r.:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach – dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania:
 - tak (8,00 punktów ujemnych);
 - nie/nie dotyczy (brak punktów);

6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 20,00 punktów).

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

Mając na celu zachowanie zasady uczciwej konkurencji i równego traktowania świadczeniodawców komisja konkursowa podejmowała uchwały, także w zakresie oceny ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01.

W dniu 21 maja 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01. 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 chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze województwa wielkopolskiego, wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

- KALMEDICA Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz.

Komisja konkursowa nie wybrała 2 (słownie: dwóch) ofert: „ORT-MEDICA” Spółka z o.o., ul. Brzozwa 7, 63-400 Ostrów Wlkp. oraz Maria Sobala, Os. Jana III Sobieskiego 103, 60-688 Poznań,

z powodu uzyskania najmniejszej ilości punktów w wyniku przeprowadzonej oceny ofert oraz wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (dane z oferty końcowej po negocjacjach, status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)										
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CENA JEDNO STKI ROZLI CZ. (ZŁ)	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. OKULUS Spółka z o.o.	ul. Śródmiejska 34 62-800 Kalisz	0,90	20,00	38,00	0,00	6,00	3,00	1,00	68,00	TAK
2. KALMEDICA Spółka z o.o.	ul. Częstochowska 71-75 62-800 Kalisz	0,90	20,00	38,00	0,00	6,00	3,00	0,00	67,00	TAK
3. Maria Sobala	ul. Poziomkowa 64 62-002 Suchy Las	0,92	18,00	28,00	0,00	6,00	0,00	0,00	52,00	NIE
4. ORT-MEDICA Spółka z o.o.	ul. Brzozowa 7 63-400 Ostrów Wlkp.	0,90	20,00	13,00	0,00	6,00	0,00	0,00	39,00	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią tabeli „Zespół chirurgii jednego dnia – chirurgia dziecięca/chirurgia ogólna” załącznika nr 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent OKULUS Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakości:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 10 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 punkty,**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 6 punktów,**
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 3 punkty,**

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

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1 punkt,**

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co otrzymał 1 punkt,**

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

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

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- 6) kategoria 5. Pozostałe warunki:
- zadeklarował zautomatyzowany systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem, **za co otrzymał 2 punkty,**
 - zadeklarował prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co otrzymał 5 punktów,**

II. W zakresie kryterium dostępność:

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

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgia ogólna w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów,**

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgia dziecięcego w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów,**

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

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

V. W zakresie innych warunków:

- zadeklarował współpracę z Agencją – przekazywanie w terminie danych, o których mowa w art. 32 lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., **za co otrzymał 1 punkt,**
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, udzielił odpowiedzi „nie dotyczy”, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**

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

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

Oferent KALMEDICA Spółka z o.o.:

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 10 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 punkty,**

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 6 punktów**,
 - zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 3 punkty**,
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:
- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1 punkt**,
- 3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:
- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 2 punkty**,
 - zadeklarował Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co otrzymał 1 punkt**,
- 4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena- akredytacja Ministra Zdrowia:
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymał punktów**,
- 5) kategoria 5. Wyniki kontroli:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,

- nie zadeklarował naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- 6) kategoria 5. Pozostałe warunki:
- zadeklarował zautomatyzowany systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem, **za co otrzymał 2 punkty,**
 - zadeklarował prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co otrzymał 5 punktów,**

II. W zakresie kryterium dostępność:

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

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgia ogólna w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgia dziecięca w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów,**

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, **za co otrzymał 1 punkt,**

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, **za co otrzymał 2 punkty**,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywanie w terminie danych, o których mowa w art. 32 lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., **za co nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, udzielił odpowiedzi „nie dotyczy”, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**.

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

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

Oferent Maria Sobala:

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 10 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 punkty**,
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 6 punktów**,
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 3 punkty**,

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

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1 punkt**,

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:

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

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

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

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

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

w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,

6) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny 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 wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów**,

II. W zakresie kryterium dostępność:

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

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgii ogólnej w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgii dziecięcej w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów**,

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, w jakimkolwiek z okresów, **za co nie otrzymał punktów**,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywanie w terminie danych, o których mowa w art. 32 i 33 ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., **za co nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, udzielił odpowiedzi „nie dotyczy”, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**.

Ponadto w zakresie warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego

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

W zakresie kryterium ceny oferent Maria Sobala zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,92 zł za co otrzymał **18,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent ORT-MEDICA Spółka z o.o.:

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 10 punktów**,
- nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 2 punkty**,
- nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co nie otrzymał punktów**,

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

- zadeklarował stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1 punkt**,

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena-systemy zarządzania:

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

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

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

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,

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

6) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny 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 wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**

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

III. W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgii ogólna w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgii dziecięcej w poradni przyszpitalnej, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów**,

IV. W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, w jakimkolwiek z okresów, **za co nie otrzymał punktów**,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywanie w terminie danych, o których mowa w art. 32 lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., **za co nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, udzielił odpowiedzi „nie dotyczy”, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**.

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

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

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego, w zakresie naruszenia art. 134 Ustawy, należy wskazać, co następuje.

Art. 134 Ustawy stanowi, iż Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia

rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W niniejszym postępowaniu jest to załącznik numer 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne”. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć Komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Ocena dokonywana jest m.in. w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu 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 oraz. Ponadto warunkiem ubiegania się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest spełnianie warunków wymaganych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz ma obowiązek stosowania podczas oceny tych samych warunków w stosunku do wszystkich oferentów biorących w nim udział. W tej kwestii wypowiedział się również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, który w uzasadnieniu do wyroku z dnia 27 lutego 2012 r. VI SA/Wa 1854/11 wskazał, iż: *„Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”* W postępowaniu nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii dziecięcej – zespół chirurgii jednego dnia, komisja konkursowa stosowała jednakowe kryteria oceny ofert, a zatem zarzut Odwołującego, jakoby naruszony został art. 134 Ustawy, należy uznać za nieuzasadniony.

W kontekście powyższego, odnosząc się do zarzutu naruszenia przez komisję konkursową art. 148 Ustawy poprzez dokonanie wyboru świadczeniodawców z pominięciem ustawowych kryteriów oceny należy wskazać, że zgodnie z art. 146 ust. 1 Ustawy, Prezes Funduszu określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. W niniejszym postępowaniu przedmiot postępowania został określony zgodnie z przepisami zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zmienionego zarządzeniem nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń

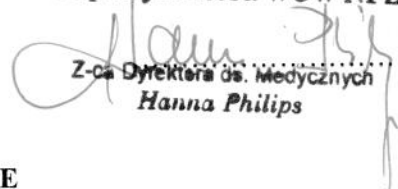
opieki zdrowotnej) oraz zarządzeniem nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Ponadto, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania, a porównanie tych ofert następuje na podstawie art. 148 Ustawy, przy czym kryteria oceny określone są przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Powyższe jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, eliminuje bowiem element subiektywny oceny dokonywanej przez komisję konkursową. Co więcej, poza zasadą jednolitości, powyższy przepis konstytuuje zasadę niezmienności kryteriów w toku prowadzonego postępowania. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszenia ww. przepisów prawa przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01. Ocena oferty złożonej przez Odwołującego oraz przez pozostałe podmioty ubiegające się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, została dokonana w oparciu o kryteria wynikające z ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia, na podstawie odpowiedzi udzielanych w ankiecie oraz informacji zgromadzonych w systemach informatycznych NFZ, a także późniejszych wyjaśnień, składanych w trybie uzupełnienia braków formalnych. Dokonując weryfikacji oceny wszystkich ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie stwierdził błędów w przyznaniu punktów oceny za poszczególne kryteria rankingujące. Porównanie wszystkich ofert złożonych w niniejszym postępowaniu nastąpiło również zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 Ustawy, bowiem komisja konkursowa nie zastosowała żadnych pozostawowych kryteriów oceny względem któregośkolwiek oferenta. Wobec powyższego zarzut naruszenia przez komisję konkursową art. 148 Ustawy, należy uznać za chybiony.

W przedmiocie złożonego odwołania wyjaśnienia wymaga również, iż w ogłoszeniu postępowania z dnia 13 marca 2018 roku określono wartość zamówienia w wysokości nie większej niż 167 000,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, a także maksymalną liczbę umów, które zostaną zawarte w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze województwa wielkopolskiego, w liczbie 2 (słownie: dwóch). Oferenci, którzy złożyli oferty korzystniejsze od Odwołującego wykorzystali niemal całą kwotę środków finansowych przeznaczonych na realizację przedmiotowego zamówienia. Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1870 z późn. zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Wobec powyższego podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się w oparciu o zasadę konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującego najniższej liczby punktów w rankingu końcowym, który łącznie uwzględniał kryteria jakości, dostępności, kompleksowości, ciągłości oraz ceny udzielanych świadczeń, a także wyczerpanie niemal w całości środków finansowych przez oferentów, którzy uzyskali większą liczbę punktów oceny, stanowiło jedyny powód niewybrania jego oferty. Ponadto punktacja przyznana poszczególnym oferentom w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, została szczegółowo omówiona w niniejszej decyzji.

Jednocześnie Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, mając na względzie motywy uzasadnienia niniejszej decyzji, nie znalazł podstaw do przeprowadzenia z Odwołującym postępowania w trybie rokowań. Zgodnie bowiem z art. 154 ust. 7 Ustawy, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył odwołanie, tylko w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 o zawarcie umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii dziecięcej - 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. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000206/SZP/03/1/03.4501.032.02/01 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 wniesionego 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. 2017, poz. 1938 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

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

do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 5 egz.:

- 1) Odwołujący ORT-MEDICA Spółka z o.o., ul. Brzozowa 7, 63-400 Ostrów Wlkp.,
- 2) OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstogowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- 3) KALMEDICA Spółka z o.o., ul. Częstogowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- 4) 2 x a/a.

Oprac. Marta Węcowska