

WO-DP.422.57.2018

Poznań, dnia 08. 06. 2018

DECYZJA NR 50/2018/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), po rozpatrzeniu sprawy z odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 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 ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego wniesionych odrębnie przez ORT – MEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ostrowie Wielkopolskim przy ul. Brzozowej 7 oraz przez OKULUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kaliszu przy ul. Częstochowskiej 71-75 postanawiam:

- I. oddalić odwołanie wniesione przez ORT-MEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,**
- II. oddalić odwołanie wniesione przez OKULUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.**

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 r. roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 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 ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego.

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 533 000,00 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 ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Ostrowie Wielkopolskim przy ul. Brzozowej 7 (zwanego dalej: „Odwołującym ORT – MEDICA”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania, Odwołujący ORT-MEDICA wnosi o uwzględnienie jego odwołania w całości i w konsekwencji przeprowadzenie nowego postępowania w sprawie zawarcia umów w przedmiotowym zakresie. Rozstrzygnięciu postępowania Odwołujący ORT - MEDICA zarzuca w szczególności naruszenie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Ponadto, wnosi o umożliwienie skorzystania z prawa wglądu w akta sprawy administracyjnej, jak również zastrzegła prawo do uzupełnienia złożonego środka odwoławczego.

W dniu 29 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez OKULUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą przy ul. Częstochowskiej 71-75 w Kaliszu (zwanym dalej Odwołującym OKULUS), dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania, Odwołujący OKULUS wniósł o przyznanie mu większych środków poprzez dokonanie ponownego ich podziału pomiędzy podmioty wyłonione w wyniku postępowania zgodnie z dotychczasowymi zasadami przeprowadzanych

konkursów przez WOW NFZ, tzn. zgodnie z uzyskaną pozycją w rankingu ofert oraz proporcjonalnie do ilości uzyskanych punktów rankingujących. Co więcej, zdaniem Odwołującego OKULUS w przedmiotowym postępowaniu zostały naruszone następujące zasady:

- zasada sprawiedliwego i obiektywnego podziału środków pomiędzy wyłonionych w toku postępowania oferentów oraz podziału proporcjonalnego – zgodnego z rankingiem ofert (ilością uzyskanych punktów rankingujących);
- zasada obiektywnej oceny posiadanego potencjału wykonawczego, kompleksowości, ciągłości i wielkości możliwości zrealizowania kontraktu w kolejnych okresach rozliczeniowych na podobnym, bądź wyższym poziomie przez pryzmat dotychczasowej realizacji kontraktu w przedmiotowym zakresie;
- naruszona zasada równego traktowania wszystkich podmiotów.

Odwołujący OKULUS stwierdził ponadto, że niewłaściwe działanie Komisji konkursowej doprowadziło do przyznania nieadekwatnych (za niskich) dla niego środków w stosunku oferentów.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań wniesionych odrębnie przez Odwołującego ORT-MEDICA oraz Odwołującego OKULUS, pismami z dnia 28 maja 2018 roku i 30 maja 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował Strony postępowania tj. ww. Odwołujących oraz świadczeniodawców, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 8 czerwca 2018 roku.

Kolejno postanowieniem nr 23/2018/O z dnia 30 maja 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając na podstawie art. 62 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, połączył sprawy z odwołań Odwołującego ORT-MEDICA oraz Odwołującego OKULUS do wspólnego rozpoznania i rozstrzygnięcia.

W dniu 4 czerwca 2018 roku z uprawnień wynikających z wglądu w akta sprawy skorzystała Pani Katarzyna Filipek, działająca w imieniu Odwołującego ORT-MEDICA, natomiast w dniu 7 czerwca 2018 roku z przedmiotowego uprawnienia skorzystał oferent - Pan Józef i Piotr Bażant.

Na skutek złożonych przez Odwołujących odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania numer 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 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 ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze powiatów jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołujących w złożonych przez nich odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 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 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze powiatów jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego, złożone zostały 4 oferty:

1. Oferta 15-18-000210[03/1]-0001/00 oferenta ORT-MEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Brzozowa 7; 63-400 Ostrów Wielkopolski,
2. Oferta 15-18-000210[03/1]-0002/00 oferenta CALISIA – Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka Jawna, ul. Kwiatowa 1; 62-800 Kalisz,
3. Oferta 15-18-000210[03/1]-0003/00 oferenta Konsylium Sarna i Wspólnicy Spółka Jawna, Gliny 15; 62 – 574 Grochowy
4. Oferta 15-18-000210[03/1]-0004/00 oferenta OKULUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Częstochowska 71-75; 62-800 Kalisz.

Postępowanie nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2295 ze zm.);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku 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 roku 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 roku 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 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146);
- Zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 roku 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 roku 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 r.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia trzech oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u dwóch oferentów. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Żadna z ofert nie została wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Komisja konkursowa odrzuciła w całości ofertę Calisia - Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka Jawna, ul. Kwiatowa 1, 62-800 Kalisz, jednakże w dniu 4 maja 2018 roku, w części niejawnej postępowania został złożony protest przez rzeczonoego oferenta, który został przez Komisję konkursową uwzględniony i rozstrzygnięty w dniu 11 maja 2018 roku.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego 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 roku 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% 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, 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. 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);
4. 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);
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 $C_{of} \geq C_{min}$.

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 numer 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 podjęła uchwały, w szczególności:

I. W dniu 27 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ankietowym i postanowiła:

- 1) w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w 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) – wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich

przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące;

- 3) w przypadkach innych niż określone w 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 lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś 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 o świadczeniach, w myśl którego odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

II. W dniu 27 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym w rozdziale 4.1 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.” Z uwagi na wystąpienie przerwy w ciągłości obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w trybie udzielania świadczeń: leczenie jednego dnia w okresie: od 01.01.2012 r. do 31.01.2012 r. komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne postanowiła korygować treść odpowiedzi ankietowej i odejmować punkty rankingujące z uwagi na niespełnienie wyżej wymienionego warunku. Odnośnie przedmiotowego postępowania, wskazana sytuacja dotyczyła oferty 15-18-000210[03/1]-0004/00 złożonej przez Okulus Sp. z o.o..

III. W dniu 8 maja 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie sposobu dokonania podziału środków finansowych, określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert, w celu złożenia propozycji wartości świadczeń dla oferty. Komisja konkursowa postanowiła przyjąć następujące zasady podziału środków finansowych, stanowiących propozycję Funduszu do negocjacji:

1. określenie wyjściowej wartości świadczeń dla oferty jako iloraz wartości zamówienia i maksymalnej liczby umów, zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert;
2. umniejszenie wartości wyjściowej, określonej zgodnie z zasadami wskazanymi w pkt a), o wartość obliczoną z uwzględnieniem łącznej oceny oferty uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych, zgodnie z zasadami:
 - 2,5% wartości świadczeń – w przypadku różnicy w ocenie oferty mniejszej niż 5 pkt,
 - 5 % wartości świadczeń – w przypadku różnicy w ocenie oferty równej/większej niż w pkt. a) i mniejszej niż 10 pkt.
 - 10 % wartości świadczeń – w przypadku różnicy w ocenie oferty równej/większej niż 10 pkt.
3. określenie końcowej wartości świadczeń dla oferty jako wartość określoną zgodnie z zasadami wskazanymi w punkcie b) powiększoną o iloraz wartości pozostałej w wyniku obliczeń dokonanych zgodnie z zasadami wskazanymi w pkt. b) i maksymalnej liczby umów, zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert, z zastrzeżeniem, że propozycja wartości świadczeń dla oferty nie może być większa niż wartość świadczeń określona w ofercie.

W dniu 21 maja 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01. 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 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, pleszewskiego wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

- Calisia – Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka Jawna, ul. Kwiatowa 1; 62 – 800 Kalisz
- OKULUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz.

Komisja konkursowa nie wybrała 2 (słownie: dwóch) ofert: „ORT-MEDICA” Spółka z o.o., ul. Brzozowa 7, 63-400 Ostrów Wlkp. oraz Konsylium Sarna i Wspólnicy Spółka Jawna, Gliny 15; 62 – 574 Grochowy, 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 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01, 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. CALISIA – Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka jawna	ul. Kwiatowa 1 62-800 Kalisz	0,90	20,00	27,00	6,50	6,00	0,00	0,00	59,50	TAK
3. ORT-MEDICA Sp. z o.o.	ul. Brzozowa 7 63-400 Ostrów Wlkp	0,90	20,00	3,00	0,00	6,00	0,00	0,00	29,00	NIE
4. KONSyliUM Sarna i Wspólnicy Spółka jawna.	ul. Podkowińskiego 2 62-800 Kalisz	1,00	10,00	2,00	6,50	3,00	3,00	0,00	24,50	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 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 3 cz. 9 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – Chirurgia dziecięca/chirurgia ogólna” załącznika nr 1 „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 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 3 „Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku 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 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia, na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Odwołujący ORT-MEDICA Sp. z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakości:

1) kategoria 1. Personel:

- nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – lekarza specjalisty w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 2 punkty,**
- nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co nie otrzymał punktów,**

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

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

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

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

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

- nie zadeklarował 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 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 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:

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

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywania 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.

Oferent Calisia – Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka jawna:

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,**
- 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:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 2 punkty,**
- nie zadeklarował Certyfikatu 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:

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

II. W zakresie kryterium dostępność:

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

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

III. W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizacji umowy w zakresie chirurgii ogólnej w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał 6,5 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w dniu złożenia oferty procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów.

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywania 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 Calisia – Józef Bażant, Piotr Bażant Spółka jawna zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał 20,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Konsylium Sarna i Wspólnicy Spółka jawna:

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria 1. Personel:

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

udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

6) kategoria 5. Pozostałe warunki:

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

VI. 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,**
- na pytanie o dostępność miejsca udzielania świadczeń oferent udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, **za co nie otrzymał punktów.**

VII. 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, jednakże w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez Komisję Konkursową, odpowiedź „Nie” zmieniono na „Tak”, w związku z czym oferent otrzymał 6,5 punktów,
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, **za co nie otrzymał punktów.**

VIII. 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, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, **za co otrzymał 2 punkty.**

IX. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywania 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 Konsylium Sarna i Wspólnicy Spółka jawna - zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł co otrzymał **20,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwolujący OKULUS 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 równoważnika co najmniej 1 etatu – lekarza specjalisty 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 wyposażonego 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 jeden 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 system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem, **za co otrzymał 1 punkt,**
 - zadeklarował prowadzenie 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 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, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, jednakże w wyniku przeprowadzonej weryfikacji Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź oferenta na „nieprzerwanie od 5 lat”, **za co otrzymał 2 punkty.**

V. W zakresie innych warunków:

- 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 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 Odwołujący OKULUS Sp. 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 kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołujących w treści złożonych odwołań dotyczących rozstrzygnięcia postępowania o nr 15-18 000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego, wyjaśnić należy co następuje.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanej przez obu Odwołujących, 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 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W niniejszym postępowaniu jest to załącznik numer 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością

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

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 533 000,00 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 chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego w liczbie 2 (słownie: dwóch). Oferenci, którzy złożyli najkorzystniejsze oferty wykorzystali niemal całą kwotę środków finansowych przeznaczonych na realizację przedmiotowego zamówienia. Podkreślenia wymaga, że 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 ORT-MEDICA 29,00 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.

Nie sposób przychylić się również do postulatu Odwołującego ORT-MEDICA w sprawie przeprowadzenia nowego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego. Postępowanie w przedmiotowej sprawie zakończyło się, a komisja konkursowa uległa rozwiązaniu. Obowiązujące przepisy nie dopuszczają możliwości ponownej oceny oferty i jej weryfikacji (Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu

w postępowaniu odwoławczym bada bowiem przebieg postępowania konkursowego, a nie przeprowadza je od początku). Niedopuszczalna jest bowiem sytuacja kolejnej oceny oferty już złożonej i ocenionej w postępowaniu zakończonym przez Zamawiającego, o czym przesądza przepis art. 154 ust. 7 ustawy o świadczeniach.

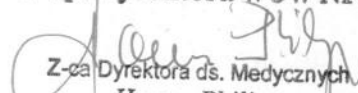
W odniesieniu do zarzutu podniesionego przez Odwołującego OKULUS, w przedmiocie oceny potencjału oferenta i wartości przyznanego kontraktu wyjaśnić należy, co następuje.

Na wstępie podkreślić należy, iż w stosunku do wszystkich oferentów, w tym Odwołującego OKULUS, którzy zostali wskazani w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, jako ci z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia stosowane były jednolite zasady podziału środków finansowych określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert, w celu złożenia propozycji wartości świadczeń. Szczegółowo zostały one opisane w niniejszej decyzji w części dotyczącej podjętej przez komisję konkursową uchwały z dnia 8 maja 2018 r. Podkreślenia wymaga, że Odwołujący OKULUS złożył ofertę na wartość zamówienia z uwzględnieniem ceny za punkt rozliczeniowy w kwocie 0,9 zł, tj. łącznie na kwotę 232999, 80 zł. W tym miejscu zaznaczyć należy, że zamawiający w ogłoszeniu w sprawie postępowania nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 wskazał, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 533 000, 00 zł na okres rozliczeniowy od 1 lipca 2018 roku do 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 2 (słownie: dwie). Komisja konkursowa, działając zgodnie z przywołaną uchwałą, tj. biorąc pod uwagę zarówno pozycję oferentów biorących udział w postępowaniu, w tym również pozycję Odwołującego OKULUS w rankingu oceny ofert uzyskaną przy uwzględnieniu kryteriów niecenowych, jak i liczbę planowanych do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określiła wartość i liczbę świadczeń dla poszczególnych ofert. Uwzględniając powyższe Komisja konkursowa określiła wartość wyjściową jako iloraz wartości zamówienia (533 000, 00 zł) i liczby umów (2), tj. 266 500,00 zł. Następnie dla ofert zajmujących kolejne miejsce w rankingu umniejszano wartość wyjściową o kwotę wynikającą z wskazanej w uchwale zasady uwzględniającej łącznej oceny oferty uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Pozostałą wartość (po dokonaniu powyższych wyjaśnień) podzielono przez liczbę umów przewidzianą w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18 000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 w wyniku czego uzyskano 6662,50 zł i dodano do proponowanych do ofert wartości wstępnych wyliczonych zgodnie z powyższymi zasadami.

Za chybiony uznać należy zarzut Odwołującego OKULUS dotyczący naruszenia przez Komisję konkursową zasad obiektywnej oceny posiadanego potencjału wykonawczego kompleksowości, ciągłości i wielkości możliwości zrealizowania kontraktu w kolejnych kresach rozliczeniowych na podobnym, bądź wyższym poziomie. Komisja konkursowa związana była ogłoszeniem o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01, w którym wskazała wartość zamówienia i liczbę planowanych do zawarcia umów. Dodatkowo wskazać należy, że oferentom przystępującym do postępowania znane są powyższe wartości. Na marginesie podkreślić należy że Odwołujący OKULUS podpisał Protokół końcowy z negocjacji akceptując liczbę świadczeń opieki zdrowotnej i cenę za jednostkę rozliczeniową świadczenia. Protokół ten zawiera jednocześnie zapis mówiący o tym, że zawiera on ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, co do liczby i ceny. Uwzględniając powyższe podkreślić należy, iż oferent ten zgodził się na zaproponowane warunki finansowe obejmujące liczbę jednostek rozliczeniowych, ich cenę, jak i ogólną wartość kontraktu. Nie można zgodzić się zatem z argumentami Odwołującego OKULUS, kwestionującymi wartość umowy, na którą wcześniej wyraził zgodę, podpisując Protokół końcowy z negocjacji.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionych odwołaniach nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia nr 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii ogólnej – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, m. Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego, pleszewskiego. 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 15-18-000210/SZP/03/1/03.4500.032.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołań. Wobec powyższego odwołania zostały oddalone i orzeczone 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 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) ORT-MEDICA Sp. z o.o., ul. Brzozowa 7, 63-400 Ostrów Wielkopolski
- 2) CALISIA – Józef Bażant, Piotr Bażant Sp. j., ul. Kwiatowa 1; 62-800 Kalisz,
- 3) OKULUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Częstochowska 71-75; 62-800 Kalisz
- 4) 2 x Aa

Oprac. Michał Szała

