

WO-DP.422.52.2018

Poznań, dnia 14. 06. 2018

DECYZJA NR 55 /2018/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 maja 2018 roku postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 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 położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) na obszarze województwa wielkopolskiego, wniesionego przez Natalię Fischer prowadzącą działalność leczniczą pod firmą Natalia Fischer Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Klinika Promienista” z siedzibą w Poznaniu (60-142), ul. Promienista 98, 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 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 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 położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) 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 600 000,00 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 3 (słownie: trzy).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 14 maja 2018 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

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

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

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

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

Dnia 18 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęły złożone przez Natalię Fischer prowadzącą działalność leczniczą pod firmą Natalia Fischer Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Klinika Promienista” z siedzibą w Poznaniu (60-142), ul. Promienista 98 zwaną dalej Odwołującą, dwa pisma (z dnia 17 maja 2018 r. oraz 18 maja 2018 r.) zatytułowane odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01. Złożone odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) na obszarze województwa wielkopolskiego, Odwołująca w piśmie z dnia 17 maja 2018 r. wskazuje, iż podstawą wniesionego odwołania jest fakt, że nie wydaje się możliwe, by jeden oddział chirurgiczny realizujący tak różne usługi wysokospecjalistyczne jak ginekologia, ortopedia, chirurgia ogólna i okulistyka w należyty sposób gwarantował bezpieczeństwo prowadzonej terapii. Odwołująca wskazuje na uzasadnione wątpliwości, czy wykonywane usługi medyczne na oddziale chirurgicznym w należyty sposób gwarantują bezpieczeństwo pacjentkom bowiem dwie, wśród jednostek które wygrały konkurs, nie mają oddziału ginekologicznego w przeciwieństwie do placówki prowadzonej przez Odwołującą. Jednocześnie Odwołująca wniosła o udostępnienie ofert konkurentów celem zapoznania się z pozostałymi szczegółami i wyjaśnienia wątpliwości.

W swoim Odwołaniu Odwołująca podkreśliła doświadczenie jakie posiada prowadzona przez nią placówka w zakresie ginekologii, oferując zarówno opiekę ambulatoryjną jak i hospitalizację. Wskazuje również, iż od początku działalności szpitala do 2011 roku sukcesywnie zwiększana była liczba zabiegów operacyjnych świadczonych w ramach kontraktu z NFZ, a w ostatnim okresie wykonywanych było ponad 2000 zabiegów rocznie, z czego największy udział stanowiły operacje ginekologiczne, również onkologiczne, co było i jest wyrazem ogromnego zaufania pacjentek do kadry medycznej udzielającej świadczeń w NZOZ „Klinika Promienista”.

Dalej Odwołująca wskazuje, że przez cały dotychczasowy okres działalności zachowywane są w prowadzonej przez nią placówce najwyższe standardy bezpieczeństwa chorych, nie odnotowywano żadnych powikłań i zakażeń. Brak skarg i zażaleń ze strony pacjentów dowodzi zdaniem Odwołującej staranności w działaniach i w opiece, jaką otaczani są pacjenci.

Odwołująca wskazuje również, iż podpisanie kontraktu na usługi hospitalizacji planowej zaspokoi oczekiwania pacjentek, licznie zgłaszających się z zapytaniem o możliwość operacji refundowanej w prowadzonej placówce.

Ponadto w piśmie z dnia 18 maja 2018 r. Odwołująca zarzuciła naruszenie art. 134 ust. 1 i ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz z pominięciem zasad uczciwej konkurencji. Nadto zarzuciła błędne zastosowanie ww. przepisu przejawiające się w wyborze ofert podmiotów, których przeprowadzona ocena była niepełna, nierzetelna i nieprawidłowa w kontekście zasad jej przeprowadzenia określonych m.in. Zarządzeniem 3/2014/DSOZ, co skutkuje wyborem ofert dwóch wykonawców którzy nie posiadają odpowiedniego zaplecza czyli oddziału ginekologicznego.

W uzasadnieniu Odwołująca podała, że zgodnie z art. 134 ust. 1, Fundusz obowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Natomiast art. 134 ust. 2 ustawy o świadczeniach stanowi, iż wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Ten ostatni przepis reguluje sposób realizowania zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w trybie konkursu ofert, rokowań oraz w trybie określonym w art. 159 ustawy o świadczeniach.

Dalej Odwołująca wskazuje, że zamawiający powinien wybrać ofertę najkorzystniejszą na podstawie kryteriów oceny ofert określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Kryteriami oceny ofert są cena lub koszt albo cena lub koszt i inne kryteria odnoszące się do przedmiotu zamówienia, w szczególności: jakość, w tym parametry techniczne, właściwości estetyczne i funkcjonalne, a także organizacja, kwalifikacje zawodowe i doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia, jeżeli mogą mieć znaczący wpływ na jakość wykonania zamówienia. Zaznaczyć trzeba, że specyfika zabiegów z zakresu ginekologii jest odmienna od typowych zabiegów z zakresu chirurgii ogólnej i fakt przebywania na jednym oddziale pacjentów leczonych z zakresu chirurgii ogólnej i leczonych ginekologicznie może mieć wpływ na ryzyko powstania ognisk zapalnych.

Odwołująca wnosząc o udostępnienie ofert konkurentów celem zapoznania się wskazała, iż równe traktowanie w zakresie ocen ofert jest kwestią pewnych relacji pomiędzy tymi ocenami. Nie jest więc możliwe skontrolowanie respektowania zasady równego traktowania przy ustalaniu rankingu świadczeniodawców wyłącznie na podstawie weryfikacji oceny oferty odwołującego się, dokonanej pod względem zgodności z wymaganiami stawianymi świadczeniodawcom. Narusza bowiem tę zasadę również prawidłowa ocena oferty odwołującego się w sytuacji, gdy ocena któregośkolwiek z jego konkurentów wyżej uplasowanego w rankingu została bezpodstawnie zawyżona.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującą oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów k.p.a., w tym

o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 4 czerwca 2018 roku.

Z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystały: Med- Polonia Sp. z o.o. w dniu 25 maja 2018 r. i 11 czerwca 2018 r., Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” Sp. z o.o. w dniu 25 maja oraz 1 czerwca 2018 r., natomiast Odwołująca w dniu 28 i 29 maja 2018 r.

W dniu 1 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującej reprezentowanej przez adwokata Tytusa Jęcz, Brykczyńscy i Partnerzy Adwokacka Spółka Partnerska, stanowiące uzupełnienie złożonego w dniu 18 maja 2018 r. odwołania wraz z załączonym dokumentem potwierdzającym umocowanie do działania w sprawie. Pismo obarczone było brakiem podpisu pełnomocnika Odwołującej. Pismem z dnia 1 czerwca 2018 r. Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ wezwał na podstawie art. 64 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego do usunięcia braku formalnego pisma w terminie 7 dni pod rygorem pozostawienia pisma bez rozpatrzenia.

W dniu 4 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wpłynęło pismo od pełnomocnika Odwołującej (z dnia 30 maja 2018 r.) informujące, że z uwagi na termin udzielenia pełnomocnictwa (30 maja 2018 r.) jak i zawłość oraz obszerność sprawy do organu wpłynie do dnia 5 czerwca 2018 r. pismo w uzupełnieniu złożonego przez odwołującą odwołania. Pismo zawierało również wniosek o wstrzymanie się z załatwieniem sprawy w zakładanym przez NFZ terminie – czyli do dnia 4 czerwca 2018 r. i załatwienie sprawy w terminie po dniu 5 czerwca 2018 r.

W konsekwencji napływającej do organu korespondencji kierowanej przez pełnomocnika Odwołującej i koniecznością wezwania do uzupełnienia braków formalnych Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ poinformował pismem z dnia 4 czerwca 2018 r. strony postępowania o niemożliwości wydania decyzji w pierwotnie określonym terminie tj. w dniu 4 czerwca 2018 r. oraz o wyznaczeniu nowego terminu na dzień 14 czerwca 2018 r. Nadto Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ pouczył strony o uprawnieniach wynikających z art. 37 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

W dniu 6 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wpłynęło podpisane przez pełnomocnika Odwołującej pismo stanowiące uzupełnienie złożonego w dniu 18 maja 2018 r. odwołania. Wskazany powyżej brak formalny pisma został uzupełniony w terminie, co pozwoliło nadać mu dalszy bieg.

W piśmie tym Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika przedstawiła zarzuty wobec ofert podmiotów wskazanych w ogłoszeniu jako tych oferentów, z którymi zostanie podpisana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia).

Odnosnie oferty przedstawionej przez oferenta Med – Polonia Sp. z o.o. Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika zarzuciła:

- brak zapewnienia 24 - godzinnej opieki lekarskiej,
- w odniesieniu do opieki anestezjologicznej zapewnienie kontaktu chorego z anestezjologiem w granicach 30 minut, a tym samym Odwołująca domniemywa, że jednostka ta nie zapewnia obecności 24 godzinnej anestezjologa, ani lekarza zabiegowca,

- brak potwierdzenia, że jednostka posiada i prowadzi dokumentację medyczną w wersji elektronicznej. Z pisma Gabos Software sp. z o.o. wynika jedynie, że system Mediquis umożliwia wytwarzanie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, ale zakres i sposób ww. programu/systemu zależy tylko i wyłącznie od użytkownika. Tym samym przedłożenie przez oferenta jedynie ww. oświadczenia innego podmiotu nie spełnia warunku prowadzenia przez oferenta dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Nadto założeniem prowadzenia dokumentacji w takiej postaci zdaniem Odwołującej jest stosowanie zgodnie z art. 1, 2, ust. 6 oraz 11 ustawy o systemie informatycznym w ochronie zdrowia zabezpieczenia w podpis elektroniczny, zaś prowadzenie dokumentacji RTG w wersji DICOM (którą to posiada również placówka Odwołującej) nie stanowi o spełnieniu wymogów w zakresie prowadzenia kompletnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. W świetle powyższego zdaniem Odwołującej ten warunek nie może zostać zaakceptowany w formularzu ofertowym,
- w odniesieniu do wpisu pracowni endoskopii do Rejestru Wojewody, iż ten zakres endoskopii nie dotyczy ginekologii (wpisano wyłącznie kody resortowe onkologii klinicznej, gastroenterologii, chirurgii onkologicznej, chirurgii ogólnej). Zdaniem Odwołującej wątpić należy czy jednostka rzeczywiście wykonuje badania histeroskopowe/ laparoskopowe/ kolposkopowe w ww. pracowni, zwłaszcza, że łączyłoby się to z wykonywaniem górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, co ze względów epidemiologicznych jest nieakceptowane. Jednostka ta nie przedstawiła dokumentacji potwierdzającej wykonywanie histeroskopii / laparoskopii / kolposkopii w ww. pracowni. Tym samym w ocenie Odwołującej udzielenie przez ten podmiot odpowiedzi TAK na pytanie 1.2.2. spowodowało pozyskanie nienależnych punktów dodatkowych.

Odnosnie oferty przedstawionej przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika zarzuciła, iż:

- zgodnie z formularzem kontroli NFZ nie wykazano sprzętów koniecznych w wyposażeniu łóżka intensywnej terapii / opieki medycznej. Zgodnie z wymogami oba te stanowiska powinny dysponować indywidualnymi, dedykowanymi stanowisku urządzeniami, zlokalizowanymi przy łóżku (Rozp. Min. Zdr. z dn.20 grudnia 2012 w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz Rozp. Min. Zdr. z dn. 16 grudnia 2016 roku w sprawie standardu organizacji opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii) nie zaś w innym miejscu, co sugeruje zapis kontroli,
- wątpliwości budzi także uwaga kontroli, w której potwierdzenie spełnienia warunku posiadania dokumentacji elektronicznej warunkuje umowa z odrębną jednostką, co odbiega od założeń posiadania dokumentacji elektronicznej przez oferenta. Jeżeli część badań wykonuje bowiem inna jednostka, to stwierdzić należy zdaniem Odwołującej, że to ona jest właścicielem platformy SIM (programu szyfrującego) i to ona może mówić o spełnieniu warunków prowadzenia e- dokumentacji, a zatem nie pozwala to na uznanie spełnienia wymagań ofertowych przez jednostkę uczestniczącą w konkursie. Jednostka ta nie dostarczyła także żadnych dokumentów mówiących o użyciu podpisu kwalifikowanego, a zatem jej zapewnienia co do prowadzenia e-dokumentacji medycznej są wątpliwe,
- brak zapewnionej ciągłości badań laboratoryjnych oraz że komisja konkursowa zaakceptowała promesę ich spełnienia w przyszłości. Promesa taka nie powinna owocować zaliczeniem odpowiedzi w formularzu ofertowym. Odwołująca podkreśliła, iż operacje

planowe (pełne) wymagają ciągłości badań laboratoryjnych, a formuła chirurgii jednego dnia nie może być usprawiedliwieniem bezpieczeństwa oddziału,

- pomimo wpisu w Rejestrze Wojewody pracowni endoskopii i zgodnej z tym wpisem deklaracji wykonywania w pracowni zabiegów z zakresu ginekologii w ocenie Odwoływającej zastanawiający jest fakt, jakie zabiegi jednostka wykonuje skoro w jej ofercie handlowej nie ma zabiegów histeroskopowych. Posiadanie sprzętu nie jest warunkiem wykonania ww. zabiegu, co również podważa pozytywną odpowiedź na pytanie ofertowe. Jednostka nie przedstawiła dokumentacji potwierdzającej wykonywanie histeroskopii / laparoskopii / kolposkopii w ww. pracowni,
- brak w dokumentacji ofertowej potwierdzenia zabezpieczenia oddziału w krew, co zdaniem Odwoływającej niewątpliwie bezpośrednio wpływa na fakt zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów,
- jednostka ta zapewnia o możliwości wykonywania badań śródoperacyjnych w miejscu legitymując się zapewnieniem zatrudnieniem patologa, mikroskopem oraz kriostatem. Przyznanie dodatkowych punktów w tej kwestii jednostce, która jedynie zatrudnia patomorfologa zaopatrzonego w mikroskop i mroźnik to zdaniem Odwoływającej za mało by zapewnić rzetelne wykonanie badań śródoperacyjnych. Tylko bowiem jednostki, które posiadają pracownię histopatologiczną – mogą mówić o wykonywaniu badań śródoperacyjnych. Fakt posiadania pracowni histopatologicznej podważa fakt zawarcia przez firmę dodatkowej umowy na wykonywanie badań histopatologicznych poza lokalizacją.

Odnośnie oferty przedstawionej przez oferenta Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o. Odwoływająca reprezentowana przez pełnomocnika zarzuciła, iż:

- placówka ta dysponuje tylko i wyłącznie jedną komórką organizacyjną tj. jednym oddziałem chirurgicznym z różnymi profilami realizacji świadczeń, co potwierdziła także w swoim piśmie do NFZ z dnia 24 kwietnia 2018 r. Taka forma działalności tj. realizacji świadczeń z zakresu ginekologii na jedynym oddziale chirurgicznym służącym realizacji także innych świadczeń z zakresu innych dziedzin nie może zapewnić i nie zapewnia bezpieczeństwa pacjentom. Nadto placówka ta w piśmie z dnia 22 marca 2018 r. oświadczyła, że całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia będzie łączona z dyżurem lekarskim w zakresie profilu – otolaryngologia w oddziale chirurgicznym,
- w ofercie jednostki widnieje pracownia endoskopii i zgodnie z wpisem do Rejestru Wojewody jednostka deklaruje wykonywanie w pracowni zabiegów z zakresu ginekologii. Zdaniem Odwoływającej posiadanie sprzętu nie jest warunkiem wykonywania ww. zabiegu, co również podważa pozytywną odpowiedź na pytanie ofertowe. Jednostka nie przedstawiła dokumentacji potwierdzającej wykonywanie histeroskopii / laparoskopii w ww. pracowni,
- jednostka ta nie zapewnia bezpieczeństwa pacjenta albowiem nie spełnia wymogu w postaci możliwości izolacji pacjenta (brak pokoju jednoosobowego), brak udokumentowania łóżka o udźwigu 250 kg, a także brak specjalisty mikrobiologa / lekarza chorób zakaźnych – przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Powyższe w ocenie Odwoływającej może owocować faktem, że tak kontrowersyjne epidemiologicznie łączenie ginekologii i otolaryngologii zostało zaakceptowane na jednym oddziale. Brak również dokumentacji pracy komitetu ds. zakażeń, co pod znakiem zapytania stawia zabezpieczenie epidemiologiczne oddziału,
- jednostka nie legitymuje się umową ze stacją krwiodawstwa, nie przedstawiła żadnych

procedur zabezpieczenia oddziału w krew, co zdaniem Odwołującej również bezpośrednio wpływa na fakt bezpieczeństwa pacjentów.

Ponadto w uzupełnieniu odwołania Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika zwraca uwagę na fakt rzetelnego spełnienia wymagań w złożonej przez Odwołującą ofercie, tj.:

- pod względem dokumentacji elektronicznej dysponuje ona, tak jak ww. jednostki zapisem zdjęć RTG w formacie DICOM z jednoczasową szyfrowacją pliku,
- dysponuje indywidualnym logowaniem pracownika do programu informatycznego, co potwierdzone zostaje wydrukiem dokumentacji medycznej,
- zaświadczenia i opisy medyczne archiwizowane są w formie elektronicznej, a recepty w większości wydrukowywane są z systemu informatycznego, jednak w związku ze ścisłą definicją e-dokumentacji medycznej (certyfikowany podpis w całości prowadzonej dokumentacji) Odwołująca nie wykazała swojego zaplecza informatycznego w odpowiedzi ofertowej,
- zapewnia pacjentom bezpieczeństwo epidemiologiczne zarówno w postaci wysoko wykwalifikowanej kadry oraz procedur i pomieszczeń wymaganych w aktualnie obowiązujących przepisach,
- zapewnia dyżury lekarskie i pielęgniarskie przez cały okres pobytu pacjenta, a dyżury anestezjologiczne zapewniają bezpieczeństwo w okresie okołoperacyjnym.

Mając na uwadze ww. zastrzeżenia odnośnie oceny ofert konkurencji zdaniem Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika doznała ona uszczerbku prawnego związanego z naruszeniem przez NFZ zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika podnosi, iż doszło do naruszenia przez NFZ przepisu art. 134 ust. 1 i ust. 2 ustawy poprzez jego błędne zastosowania przejawiające się w wyborze ofert podmiotów, których przeprowadzona ocena była niepełna, nierzetelna i nieprawidłowa w kontekście zasad jej przeprowadzania określonych m.in. zarządzeniem nr 3/2014/DSOZ, co skutkowało wyborem ofert trzech wykonawców, którzy nie posiadają odpowiedniego zaplecza i nie spełniają wszystkich wymogów konkursowych lub też ich konkursowa ocena została zawyżona. Zaakceptowane zostały bowiem przez NFZ informacje konkurencji podwyższające punktację rankingu, które zdaniem Odwołującej nie wydają się być rzetelnym odzwierciedleniem faktów.

W związku z podaniem nieprawdy w formularzu ofertowym, szczególnie w zakresie prowadzenia dokumentacji elektronicznej (brak spełnienia wymagań ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia) Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika wniosła o odrzucenie ofert wybranych oferentów oraz rozstrzygnięcie konkursu na rzecz Odwołującej. W końcowej części uzupełnienia odwołania Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika podtrzymał wcześniej złożone odwołanie.

W dniu 8 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ strona postępowania Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp z o.o. korzystając z uprawnień wynikających z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego złożyła pismo, w którym przedstawiła swoje stanowisko w sprawie pisma z dnia 1 czerwca 2018 r. pełnomocnika Odwołującej.

Na skutek złożonego przez Odwołującą odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 maja 2018 roku postępowania numer 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 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 położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) na obszarze województwa wielkopolskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonym odwołaniu oraz w kolejnych pismach w sprawie. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 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 położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) na obszarze województwa wielkopolskiego, oferty złożyli:

- Odwołująca,
- Amica Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o.;
- Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” sp. z o.o.;
- Med – Polonia Sp. z o.o.;
- Prywatna Lecznica Certus sp. z o.o.

Postępowanie nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 2295);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372, ze zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. z 2014 r., poz. 1980, ze zm.);
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1146, ze zm.);
- Zarządzenie Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.);
- Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r.,

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała dwóch z oferentów do uzupełnienia braków formalnych oferty pod rygorem odrzucenia oferty, tj. Odwołującą oraz Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” sp. z o. o. Powyższe braki zostały uzupełnione w terminie wskazanym przez komisję konkursową. W trakcie części jawnej komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację u wszystkich oferentów. Żadna z ofert nie została odrzucona, wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano zatem oferty 5 (słownie: pięciu) oferentów.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania nie skutkowało dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalało 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 oraz treści załącznika nr 3 do tego rozporządzenia, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia:
 - tak (3,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- równoważnik co najmniej 1 etatu – położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w lokalizacji:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- histeroskop diagnostyczno - operacyjny – w lokalizacji:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- laparoskop – w lokalizacji:
 - tak (2,00 punkty);

- nie (brak punktów);
- c) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:
- świadczeniodawca realizuje świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach.
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Pozostałe warunki”:
- w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka:
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - co najmniej 1 łóżko intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w §4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze.
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalistyczne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania.
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- e) Jakość – „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna”
- udział nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą:
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią
 - tak (0,15 punktu)
 - nie (brak punktów)
 - przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami
 - tak (0,2 punktu)
 - nie (brak punktów)
 - pielęgniarka lub położna – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych

- tak (0,25 punktu)
 - nie (brak punktów)
- sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań
 - tak (0,25 punktu)
 - nie (brak punktu)
- sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5
 - tak (0,25 punktu);
 - nie (brak punktu)
- wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)
 - tak (0,25 punktu);
 - nie (brak punktu)
- realizacja w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7.
 - tak (0,25 punktu);
 - nie (brak punktu)
- szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie.
 - tak (0,5punktu);
 - nie (brak punktu)
- szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków.
 - tak (0,2punktu);
 - nie (brak punktu)
- udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków.
 - tak (0,35punktu);
 - nie (brak punktu)
- zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej.
 - tak (0,55punktu);
 - nie (brak punktu)
- udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę:1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym;2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych

lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego.

- tak (0,4 punktu);
- nie (brak punktu)
- w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych.
 - tak (0,45 punktu);
 - nie (brak punktu)
- udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych.
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktu)
- udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku.
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktu)
- pracownia diagnostyki mikrobiologicznej – jedna odpowiedź do wyboru:
 - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji (0,5 punktu);
 - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego (0,25 punktu);
 - pracownia diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji (0,25 punktu)
 - żadna z powyższych (brak punktu)

f) kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna”:

- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie.:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,0 punktu ujemnego);
 - 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 (1,0 punktu ujemnego);

- nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.:
 - tak (1,0 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów);
- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,0 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową.:
 - tak (2,5 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.:
 - tak (2,5 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
 - tak (1,0 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,0 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.:
 - tak (0,5 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 (1,5 punktu ujemnego);

- 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 (1,5 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);

g) kategorii „Pozostałe warunki – część wspólna”:

- Świadczeniodawca prowadzi historię choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku
 - tak (5,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
- zautomatyzowany system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem.
 - tak (1,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
- zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania.
 - tak (1,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
- zewnętrzna ocena - systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.
 - tak (1,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
- zewnętrzna ocena - systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.
 - tak (1,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
- certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy.
 - tak (8,0 punkt);
 - nie (brak punktów);

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety”:

- apteka szpitalna albo zakładowa – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego:
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- 7910 pracownia endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego:
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- realizacja umowy w zakresie ginekologia dla dziewcząt w poradni przyszpitalnej:

- tak (4,00 punkty);
- nie (brak punktów);
- realizacja umowy w zakresie położnictwa i ginekologii w poradni przyszpitalnej:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii dostęp do badań i zabiegów:
 - badania endoskopowe – w lokalizacji
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - badania rentgenowskie – w lokalizacji
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - badania tomografii komputerowej – w lokalizacji
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - badania USG zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców
 - tak (5,00 punktów)
 - nie (brak punktów)
- c) kategorii kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych:
 - realizacja umowy w następujących zakresach:
 - chemioterapia – hospitalizacja,
 - chemioterapia – leczenie jednego dnia,
 - chemioterapia w trybie ambulatoryjnym
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja umowy w następujących zakresach:
 - teleradioterapia,
 - brachyterapia,
 - terapia izotopowa
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

3. Dostępność – część wspólna:

- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych.:
 - tak (2,0 punktów);
 - nie (brak punktów);
- 7100 Pracownia diagnostyki laboratoryjnej – jedna odpowiedź do wyboru:

- wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, prowadząca szkolenie specjalizacyjne dla diagnostów laboratoryjnych przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego - całodobowo w lokalizacji (5,0 punktów);
- wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - całodobowo w lokalizacji ((2,0 punkty);
- całodobowe laboratorium - w lokalizacji (1,0 punkt)
- zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji:
 - tak (1,5 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg.:
 - tak (2,5 punktów);
 - nie (brak punktów);

4. Ciągłość – część wspólna:

- 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 (1,0 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie – jedna odpowiedź do wyboru:
 - nieprzerwanie od 5 lat (2 punkty)
 - nieprzerwanie od 10 lat (4 punkty)
 - żadna 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 (1,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
- brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania:
 - tak (8,0 punktów ujemnych);
 - nie (brak punktów);
 - 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 (maksymalnie 5,0 punktów).

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

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

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

gdzie:

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

C_{maks} - 1,1 x C_{NFZ} ,

C_{min} - 0,9 x 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Wskazać należy również, iż komisja konkursowa mając na celu ujednolicenie prowadzonego postępowania i zagwarantowania równego traktowania wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 jak również prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji podjęła uchwały, w szczególności:

1. Uchwała z dnia 11 kwietnia 2018 r. w sprawie podjęcia decyzji odnośnie oceny spełnienia przez oferentów warunku zapewnienia dostępu lub całodobowego dostępu do badań laboratoryjnych, w tym mikrobiologicznych.

Zgodnie z jej treścią, komisja konkursowa uwzględniając zapis § 4, ust. 1, pkt 3, lit. a) oraz § 4, ust. 5, pkt 3, lit. a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2295) dotyczący zapewnienia całodobowego dostępu lub co najmniej dostępu do badań laboratoryjnych w tym

mikrobiologicznych postanowiła, w przypadku oferentów posiadających umowę na podwykonawstwo w ww. zakresie, dokonać sprawdzenia wpisu wykazanych przez oferenta podwykonawców w ogólnodostępnej bazie laboratoriów medycznych Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych dostępnej pod następującym adresem internetowym: <http://kidl.org.pl/index.php?page=lista-laboratoriow>. W przypadku oferentów realizujących badania we własnym zakresie, Komisja Konkursowa dokonywała sprawdzenia księgi rejestrowej danego oferenta pod kątem posiadania odpowiedniego wpisu potwierdzającego posiadanie w strukturze podmiotu właściwej dla przedmiotowych badań pracowni diagnostycznej.

2. Uchwała z dnia 11 kwietnia 2018 r. w sprawie podjęcia decyzji odnośnie oceny spełniania przez oferentów warunku zapewnienia co najmniej dostępu bądź zapewnienia całodobowo w lokalizacji realizacji badań radiologicznych RTG, na podstawie zapisu § 4, ust. 1, pkt 4, lit. a) oraz § 4, ust. 5, pkt 3, lit. d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2295).

Na podstawie tej uchwały komisja konkursowa postanowiła wezwać do wyjaśnień oferentów, którzy posiadają własny aparat rentgenowski w lokalizacji podmiotu leczniczego i nie dołączyli do oferty aktualnej decyzji Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego dotyczącej zezwolenia na uruchomienie Pracowni Rentgenowskiej oraz uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego, w celu przedłożenia ww. decyzji. Jednocześnie Komisja konkursowa postanowiła nie wzywać do wyjaśnień oferentów, którzy zapewniają dostęp do badań radiologicznych (RTG) wyłącznie poprzez podwykonawstwo w przedmiotowym zakresie.

3. Uchwała z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym. Na jej podstawie komisja konkursowa 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, sprawozdanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) - wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym

udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);

- 3) W przypadkach innych niż określone pod pkt 1 i 2, tj. wtedy, gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu udzielania świadczeń weryfikacji oferenta (dotyczy np. posiadania sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych czy dysponowania pomieszczeniem sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych) lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy np. faktu współpracy oferenta z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej) 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

4. Uchwała z dnia 9 maja 2018 r. w przedmiocie sposobu zabezpieczenia przez oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji planowej warunku określonego w § 4 ust. 1, pkt 2, lit. a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. 2017 poz. 2295), tj.:

„2. W przypadku braku w strukturze organizacyjnej OAiT:

a) posiadać co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii, o którym mowa w załączniku nr 3 części I w lp. 2 i lp. 3, w części Organizacja udzielania świadczeń w pkt 3, oraz zapewniać prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy, zlokalizowanego nie dalej niż w sąsiednim powiecie, który udziela świadczeń w tym zakresie, pod warunkiem zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości postępowania, w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego”.

Zgodnie z jej treścią komisja konkursowa postanowiła wezwać do złożenia wyjaśnień w przedmiocie spełniania ww. warunku tych oferentów, którzy dołączyli do oferty umowy na podwykonawstwo w powyższym zakresie budzące jednak w swojej treści wątpliwość komisji konkursowej co do zagwarantowania przyjęcia pacjenta do leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w podmiocie podwykonawcy w stanie zagrożenia życia bez żadnych ograniczeń, w każdej wymagającej tego sytuacji.

Komisja konkursowa postanowiła przyjąć wyjaśnienia wszystkich oferentów w przedmiocie zabezpieczenia warunku określonego w pkt 1 niniejszej uchwały, uznając, iż umowy na podwykonawstwo/umowy o współpracy w przedmiotowym zakresie formalizują jedynie procedurę zapewnienia prawidłowości leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy i w żaden sposób nie ograniczają przyjęcia pacjentów na oddział anestezjologii i intensywnej terapii w sytuacji nagłego zagrożenia życia.

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

Zgodnie z jej treścią komisja konkursowa w trakcie prowadzonych weryfikacji miejsc udzielania świadczeń przez oferentów sprawdzała, w przypadku zadeklarowania w ofercie, warunek zapewnienia przez oferenta całodobowego dostępu do pracowni diagnostyki laboratoryjnej – w lokalizacji. W przypadku braku możliwości weryfikacji spełniania ww. warunku w trakcie prowadzonej weryfikacji, zespół ds. weryfikacji oferenta zobowiązał oferenta do przesłania do komisji konkursowej WOW NFZ stosownych grafików pracy pracowników laboratorium diagnostycznego, w celu udowodnienia spełniania przedmiotowego warunku dodatkowo ocenianego.

Po przeanalizowaniu wyjaśnień oferentów w przedmiocie sposobu zapewnienia całodobowego dostępu do pracowni diagnostyki laboratoryjnej – w lokalizacji, komisja konkursowa ustaliła, iż w przypadkach, gdy ze złożonych przez oferentów wyjaśnień nie wynika wprost, iż w pracowni diagnostyki laboratoryjnej zapewniona jest stała, całodobowa obecność pracowników laboratorium diagnostycznego, tj. gdy treść udzielonych przez oferenta wyjaśnień stoi w opozycji do odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym, komisja konkursowa postanowiła korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące.

6. Uchwała z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie podjęcia decyzji w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością w zakresie pytania ankietowego „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” komisja konkursowa przyjęła, iż:

- Przeprowadzono analizę raportów o listach oczekujących, tj. ich liczby oraz miesięcy których dotyczą, z wyłączeniem warunku przekazania raportu do 10 dnia każdego miesiąca.
- Analiza raportów dotyczyła również przekazania informacji o listach oczekujących dotyczących realizacji świadczeń w zakresach skojarzonych, tj. przekazania list na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia), zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego.
- Warunkiem koniecznym było przekazanie raportów za miesiące od stycznia 2017 do grudnia 2017 roku w okresie o którym mowa w treści pytania ankietowego, tj. do dnia 31 grudnia 2017 r. – w przypadku postępowań konkursowych dla których termin składania ofert minął w marcu 2018 r.
- W oparciu o wynik analizy, 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, komisja konkursowa postanowiła korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące.
- W sytuacji pojawienia się konieczności wezwania oferentów do złożenia wyjaśnień w powyższej sprawie, komisja konkursowa postanowiła co następuje:
 - a) Stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie niespełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do odjęcia punktów ankietowych,
 - b) Stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie spełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do dodania punktów ankietowych,

- c) Stanowiska oferentów, podważające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. podtrzymujące spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, zostaną ponownie rozpatrzone, o ile zawierają informacje, do których komisja nie miała dostępu na etapie analizy raportów; punkty ankietowe zostaną odjęte (zgodnie z wynikiem pierwszej analizy) lub dodane, jeśli okoliczności zawarte w wyjaśnieniach zostaną uwzględnione przez komisję.
- W sytuacji, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym wskazuje nie niespełnienie warunku dodatkowo ocenianego, a powyższe wynika z faktu, iż oferent nie realizował w ramach dotychczasowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej danego typu zabiegu możliwego do rozliczenia w zakresie skojarzonym (brak raportów statystyczno – medycznych potwierdzających realizację określonych zabiegów), tj. zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia), zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, komisja konkursowa postanowiła uznać udzielone przez oferentów odpowiedzi za zgodne ze stanem rzeczywistym i nie odejmować punktów ankietowych.

7. Uchwała z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie podjęcia decyzji w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością, w zakresie pytania ankietowego „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”, komisja konkursowa przyjęła, iż:

- Przeprowadzono analizę raportów o pierwszym wolnym terminie, tj. ich liczby oraz tygodni których dotyczą, z wyłączeniem warunku przekazania raportu do pierwszego dnia roboczego następnego tygodnia lub ze stanem na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie.
 - Analiza raportów dotyczyła również przekazania informacji o pierwszym wolnym terminie dotyczącym realizacji świadczeń w zakresach skojarzonych, tj. przekazania list na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia), zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego.
 - Warunkiem koniecznym było przekazanie raportów za tygodnie od 01 roku 2017 do 52 roku 2017 roku w okresie o którym mowa w treści pytania ankietowego, tj. do dnia 31 grudnia 2017 r. – w przypadku postępowań konkursowych dla których termin składania ofert minął w marcu 2018 r.
 - W oparciu o wynik analizy, 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, komisja konkursowa postanowiła korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące.
 - W sytuacji pojawienia się konieczności wezwania oferentów do złożenia wyjaśnień w powyższej sprawie, komisja konkursowa postanawia co następuje:
- d) Stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie niespełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do odjęcia punktów ankietowych,

- e) Stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie spełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do dodania punktów ankietowych,
 - f) Stanowiska oferentów, podważające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. podtrzymujące spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, zostaną ponownie rozpatrzone, o ile zawierają informacje, do których komisja nie miała dostępu na etapie analizy raportów; punkty ankietowe zostaną odjęte (zgodnie z wynikiem pierwszej analizy) lub dodane, jeśli okoliczności zawarte w wyjaśnieniach zostaną uwzględnione przez komisję.
- W sytuacji, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym wskazuje nie niespełnienie warunku dodatkowo ocenianego, a powyższe wynika z faktu, iż oferent nie realizował w ramach dotychczasowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej danego typu zabiegu możliwego do rozliczenia w zakresie skojarzonym (brak raportów statystyczno – medycznych potwierdzających realizację określonych zabiegów), tj. zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia), zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, komisja konkursowa postanowiła uznać udzielone przez oferentów odpowiedzi za zgodne ze stanem rzeczywistym i nie odejmować punktów ankietowych.

Zaznaczyć należy również, iż zasady wyrażone w powyższych uchwałach stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w niej okoliczności.

Ponadto komisja konkursowa prowadząca postępowanie konkursowe nr 15-18000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 podjęła trzy uchwały odnoszące się indywidualnie do ofert Oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) na terenie województwa wielkopolskiego tj.:

1. Uchwała z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie sposobu oceny ofert złożonych przez oferenta: AMIKA KONSORCJUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ. Powyższa uchwała dotyczy m. in. oferty o nr 15-18-000216[03/1]-0005/00 - położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia)

Zgodnie treścią podjętej uchwały, Zespół ds. oceny w/w oferty w wyniku przeprowadzonej weryfikacji stwierdził, iż dokumentacja dołączona do omawianej oferty nie zawiera odpowiedzi na następujące pytania ankiety Formularza Ofertowego – rozdział 2.3 Kontrola Zakażeń Szpitalnych i Antybiotykoterapii:

- 2.3.3 Przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami;
- 2.3.4 Pielęgniarka lub położna - specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.
- 2.3.7 Wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia WHO;
- 2.3.8 Realizacja w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie programu, o którym mowa w lp. 7.*
- 2.3.9 Szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, która wymaga izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie;

- 2.3.10 Szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków;
- 2.3.11 Udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków;
- 2.3.12 Zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej;
- 2.3.13 Udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego;
- 2.3.14 W szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych;
- 2.3.15 Udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych;
- 2.3.16 Udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku;

Wobec stwierdzonych powyżej okoliczności, Komisja konkursowa postanowiła uznać, iż wyjaśnienia Oferenta z dnia 13.02.2018 r. złożone do oferty nr 15-18-000164[03/1]-0002/00 w ramach postępowania nr 15-18-000164/SZP/03/1/03.4610.031.02/01 (otorynolaryngologia – hospitalizacja planowa) będą miały zastosowanie również do oferty nr 15-18-000216[03/1]-0005/00 - położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) z uwagi na fakt, iż stanowią odpowiedź na takie same - wskazane powyżej, pytania ankiety formularza ofertowego, a treść udzielonych odpowiedzi nie straciła ważności wobec obecnie prowadzonych postępowań (wezwanie do złożenia wyjaśnień z dnia 08.02.2018 r.).

2. Uchwała z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie sposobu oceny ofert złożonych przez oferenta: LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE "VENTRICULUS" SPÓŁKA Z O.O. Powyższa uchwała dotyczy m. in. oferty nr 15-18-000216[03/1]-0004/00 - położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia).

Zgodnie z treścią podjętej uchwały Zespół ds. oceny ww. oferty w wyniku przeprowadzonej weryfikacji stwierdził, iż dokumentacja dołączona do omawianej oferty nie zawierała odpowiedzi na następujące pytania ankiety Formularza Ofertowego – rozdział 2.3 Kontrola Zakażeń Szpitalnych i Antybiotykoterapii:

- 2.3.3 Przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami;
- 2.3.7 Wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia WHO;

- 2.3.9 Szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, która wymaga izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie;
- 2.3.10 Szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków;
- 2.3.15 Udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych
- 2.3.16 Udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku;

Wobec stwierdzonych powyżej okoliczności, Komisja konkursowa postanowiła uznać, iż wyjaśnienia Oferenta z dnia 08.02.2018 r. złożone do oferty nr 15-18-000160[03/1]-0002/00 w ramach postępowania nr 15-18-000160/SZP/03/1/03.4630.031.02/01 (chirurgia szczękowo-twarzowa – hospitalizacja planowa) będą miały zastosowanie również oferty nr 15-18-000216[03/1]-0004/00 - położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia), z uwagi na fakt, iż stanowią odpowiedź na takie same - wskazane powyżej, pytania ankiety formularza ofertowego, a treść udzielonych odpowiedzi nie straciła ważności wobec obecnie prowadzonych postępowań (wezwanie do złożenia wyjaśnień z dnia 06.02.2018 r.).

3. Uchwała z dnia 3 kwietnia 2018 r. w sprawie otwarcia ofert w dniu 03 kwietnia 2018 roku dotyczących oferenta - Natalia Fischer (ul. Promienista 98, 60-142 Poznań) w tym oferty nr 15-18-000216[03/1]-0002/00.

Zgodnie z treścią podjętej uchwały w wyniku przeprowadzonej weryfikacji m. in. wskazanej oferty stwierdzono:

1. Brak w treści dołączonych do ofert kopii umów na podwykonawstwo w zakresie sterylizacji i dezynfekcji narzędzi medycznych zastrzeżenia o prawie Funduszu do przeprowadzania kontroli na zasadach określonych w ustawie (dotyczy umowy nr 3/2015).
2. Brak w treści dołączonych do ofert kopii umów na podwykonawstwo w zakresie transportu zwłok do chłodni zastrzeżeń o prawie Funduszu do przeprowadzania kontroli na zasadach określonych w ustawie (dotyczy umowy z dnia 01 stycznia 2015 r.).
3. Brak w wykazie podwykonawców (część II formularza ofertowego) dołączonych do ofert kopii umów na podwykonawstwo w zakresie transportu zwłok do chłodni (dotyczy umowy z dnia 01 stycznia 2015 r.).

Wobec stwierdzonych powyżej okoliczności, Komisja konkursowa postanowiła:

1. Uznać, zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami prawa mającymi zastosowanie do prowadzonych postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, załączone do oferty wyżej wymienione umowy na podwykonawstwo w zakresie sterylizacji i dezynfekcji narzędzi medycznych oraz w zakresie transportu zwłok do chłodni za niewymagane. Przedmiot powyższych umów nie stanowi zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych (w przypadku wyboru oferty) umową, co uzasadnia przyjęcie do dalszego procedowania przez komisję konkursową ofert nr 15-18-000216[03/1]-0002/00.

Dnia 14 maja 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania

jako podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) na terenie województwa wielkopolskiego, wskazano 3 (słownie: trzech) oferentów:

- Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
- Leszczyńskie Centrum Medyczne "Ventriculus" Spółka z o.o.;
- Med – Polonia Spółka z o.o.;

Ranking końcowy ofert w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 kształtował się następująco:

Pozycja Oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
				jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
1	LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE "VENTRICULUS" SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY 64-100 LESZNO ul. SŁOWIAŃSKA 41	5	25,7	12	6	3	0	46,7	51,7	Tak
2	AMIKA KONSORCJUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY 62-300 WRZEŚNIA ul. PIASTÓW 16	4,5	20,15	8	4,5	5	0	37,65	42,15	Tak
3	MED-POLONIA SP. Z O.O.	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY 60-693 POZNAŃ-STARE MIASTO ul. OBOURNICKA 262	3,75	25,65	7	2	3	0	37,65	41,4	Tak
4	NATALIA FISCHER	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO POŁOŻNICZY 60-142 POZNAŃ-GRUNWALD ul. PROMIENISTA 98	3	25,35	7	3,5	0	0	35,85	38,85	Nie
5	PRYWATNA LECZNICA CERTUS SP. Z O.O.	ODDZIAŁ ZABIEGOWY, UL. GRUNWALDZKA 60-309 POZNAŃ-GRUNWALD ul. GRUNWALDZKA 156	3,5	21,3	8	1	3	0	33,3	36,8	Nie

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty Odwołującej oraz oferty złożonej przez Oferenta Prywatna Lecznica Certus Sp. z o.o. gdyż liczba punktów, jaką uzyskały ich oferty w toku oceny była mniejsza w stosunku do ofert wybranych w trakcie postępowania. Ponadto wybrane w toku postępowania oferty wyczerpały maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 i wyczerpały wartość zamówienia w sposób uniemożliwiający wybór kolejnej oferty w rankingu.

Podkreślić należy, że 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 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba punktów, która kwalifikowała ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja

planowa (wyłącznie ginekologia) na terenie województwa wielkopolskiego to 41,4 punktów. I właśnie oferenci, których oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę punktów 41,4 zostali wskazani jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia).

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia), pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 3 „Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa”, cz. 34. „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne” i Tabeli nr 4 „Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna” 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 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 3 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenie szpitalne” 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 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia), udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Odwolująca:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarowała równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii za co otrzymała **8,00 punktów**,
 - zadeklarował zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia za co otrzymała **3,00 punkty**,
 - zadeklarowała równoważnik co najmniej 1 etatu – położnej specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego za co otrzymała **2,00 punkty**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarowała aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w lokalizacji za co otrzymała **2,00 punkty**,
 - zadeklarowała histeroskop diagnostyczno - operacyjny – w lokalizacji za co otrzymała **2,00 punkty**,
 - zadeklarowała laparoskop – w lokalizacji za co otrzymała **2,00 punkty**,

- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- nie zadeklarowała realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co **nie otrzymała punktów**.
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”: :
- zadeklarowała posiadanie w oddziale co najmniej 1 pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatką za co otrzymała **1,00 punkt**.
 - nie zadeklarowała posiadania co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o którym mowa w §4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co **nie otrzymała punktów**.
 - nie zadeklarowała prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymała punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymała **0,20 punktu**,
 - zadeklarowała posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała sporządzanie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała sporządzanie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymała **0,25 punktu**,

- zadeklarowała realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. Za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymała **0,50 punktu**,
 - zadeklarowała, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymała **0,20 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków za co otrzymała **0,35 punktu**,
 - zadeklarowała zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej za co otrzymała **0,55 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co otrzymała **0,40 punktu**,
 - zadeklarowała, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co otrzymała **0,45 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzieliła odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymała punktów**,
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

- nie zadeklarowała braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych,**
- 7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku **za co nie otrzymała punktów,**

- nie zadeklarowała zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem **za co nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania **za co otrzymała 1,00 punkt**,
- nie zadeklarowała zewnętrznej oceny - systemu zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością **za co nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała zewnętrznej oceny - systemu zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji **za co nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy **za co nie otrzymała punktów**,

II. w zakresie kryterium kompleksowości:

- 1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- nie zadeklarowała apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała posiadania 7910 pracowni endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała realizacji umowy w zakresie ginekologii dla dziewcząt w poradni przyszpitalnej **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarowała realizację umowy w zakresie położnictwa i ginekologii poradni przyszpitalnej **za co otrzymała 4,00 punkty**,
- 2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- zadeklarowała badania endoskopowe – w lokalizacji **za co otrzymała 1,00 punkt**,
- nie zadeklarowała badań rezonansu magnetycznego – w lokalizacji **za co nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała badania rentgenowskie – w lokalizacji **za co otrzymała 1,00 punkt**,
- nie zadeklarowała badań tomografii komputerowej – w lokalizacji **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarowała badania USG zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji **za co otrzymała 1,00 punkt**,
- nie zadeklarowała realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców **za co nie otrzymała punktów**,
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym **za co nie otrzymała punktów**,

- nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa **za co nie otrzymała punktów**,

III. w zakresie kryterium dostępność – część wspólna - określona w lp. IV tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- zadeklarowała co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych **za co otrzymała 2,00 punkty**,
- na pytanie o: 7100 Pracownię diagnostyki laboratoryjnej udzieliła odpowiedzi żadne z powyższych **za co nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji **za co otrzymała 1,50 punktu**,
- nie zadeklarowała zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg **za co nie otrzymała punktów**.

IV. w zakresie kryterium ciągłość – część wspólna - określona w lp. V tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- nie zadeklarowała, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie **za co nie otrzymała punktów**,
- na pytanie: w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzieliła odpowiedzi żadna z powyższych **za co nie otrzymała punktów**.

V. w kategorii Inne warunki oceniane – część wspólna - określona w lp. VI tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- nie zadeklarowała współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r. **za co nie otrzymała punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzieliła odpowiedzi nie dotyczy **za co nie otrzymała żadnych punktów**

W zakresie warunków wymaganych Odwołująca zadeklarowała, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać 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 Odwołująca zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,98 zł **za co otrzymała 3,00 punkty** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o.

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii za co otrzymał **8,00 punktów**,
 - nie zadeklarował zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – położnej specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego za co **otrzymał 2,00 punkty**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarował aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w lokalizacji za co otrzymał **2,00 punkty**,
 - zadeklarował histeroskop diagnostyczny - operacyjny – w lokalizacji za co otrzymał **2,00 punkty**,
 - zadeklarował laparoskop – w lokalizacji za co otrzymał **2,00 punkty**,
- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - nie zadeklarował realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co **nie otrzymał punktów**.
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - nie zadeklarował posiadania w oddziale co najmniej 1 pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatka **za co nie otrzymał punktów**.
 - nie zadeklarował posiadania co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o którym mowa w §4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze **za co nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymał punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
 - nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymał punktów**,

- nie zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymał **0,20 punktu**,
- zadeklarował posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymał **0,25 punktu**,
- nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymał **0,25 punktu**,
- nie zadeklarował realizacji w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymał **0,50 punktu**,
- zadeklarował, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoopercyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymał **0,20 punktu**,
- nie zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował zapewnienia konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował udokumentowanego wdrożenia, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena

- monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymał **0,15 punktu**,
 - zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymał **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzielił odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymał punktów**,
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem 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 co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- zadeklarował prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku **za co otrzymał 5,00 punktów**,
- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania **za co otrzymał 1,00 punkt**,
- zadeklarował zewnętrzną ocenę - systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością **za co otrzymał 1,00 punkt**,
- zadeklarował zewnętrzną ocenę - systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy **za co nie otrzymał punktów**.

II. w zakresie kryterium kompleksowości:

1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował posiadanie 7910 pracowni endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co otrzymał 1,00 punkt**,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie ginekologii dla dziewcząt w poradni przyszpitalnej **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował realizację umowy w zakresie położnictwa i ginekologii poradni przyszpitalnej **za co otrzymał 4,00 punkty**,

2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:

- zadeklarował badania endoskopowe – w lokalizacji za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - zadeklarował badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji za co otrzymał **3,00 punkty**,
 - zadeklarował badania rentgenowskie – w lokalizacji za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - zadeklarował badania tomografii komputerowej – w lokalizacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - zadeklarował badania USG zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców **za co nie otrzymał punktów**,
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym **za co nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa **za co nie otrzymał punktów**,

III. w zakresie kryterium dostępność – część wspólna - określona w lp. IV tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych za co otrzymał **2,00 punkty**,
- na pytanie o: 7100 Pracownię diagnostyki laboratoryjnej udzielił odpowiedzi całodobowe laboratorium w lokalizacji **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na ŻADNE Z POWYŻSZYCH, co wiązało się z nieotrzymaniem punktów**,
- zadeklarował zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji **za co otrzymał 1,50 punktu**,
- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg **za co otrzymał 2,50 punktu**.

IV. w zakresie kryterium ciągłość – część wspólna - określona w lp. V tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

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

V. w kategorii Inne warunki oceniane – część wspólna - określona w lp. VI tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy 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. **za co nie otrzymał punktów**,

- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzielił odpowiedzi nie dotyczy **za co nie otrzymał żadnych punktów**.

W zakresie warunków wymaganych Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać 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 Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” Sp. z o. o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Amica Konsorcjum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością:

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii za co otrzymał **8,00 punktów**,
 - zadeklarował zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieotrzymaniem punktów**,
 - nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – położnej specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego za co **nie otrzymał punktów**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarował aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w lokalizacji za co otrzymał **2,00 punkty**,
 - zadeklarował histeroskop diagnostyczny - operacyjny – w lokalizacji za co otrzymał **2,00 punkty**,
 - zadeklarował laparoskop – w lokalizacji za co otrzymał **2,00 punkty**,
- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co **nie otrzymał punktów**.
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”: :
- nie zadeklarował posiadania w oddziale co najmniej 1 pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatką za co **nie otrzymał punktów**.
 - zadeklarował posiadanie co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w §4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co otrzymał **2,00 punkty**,
 - nie zadeklarował prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymał punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wieloośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymał **0,20 punktu**,
 - zadeklarował posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymał **0,25 punktu**,
 - nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymał **0,25 punktu**,
 - zadeklarował realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. Za co otrzymał **0,25 punktu**,

- zadeklarował, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymał **0,50 punktu**,
 - zadeklarował, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymał **0,20 punktu**,
 - zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków za co otrzymał **0,35 punktu**,
 - zadeklarował zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieotrzymaniem punktów**,
 - zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co otrzymał **0,40 punktu**,
 - zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co otrzymał **0,45 punktu**,
 - zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymał **0,15 punktu**,
 - zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymał **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzielił odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymał punktów**,
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem 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 co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- 7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku **za co nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem **za co nie otrzymał punktów**,

- nie zadeklarował zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował zewnętrzną ocenę - systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością **za co otrzymał 1,00 punkt**,
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny - systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy **za co nie otrzymał punktów**,

II. w zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”):
 - nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował posiadanie 7910 pracowni endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie ginekologii dla dziewcząt w poradni przyszpitalnej **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował realizację umowy w zakresie położnictwa i ginekologii poradni przyszpitalnej **za co otrzymał 4,00 punkty**,
- 2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”):
 - zadeklarował badania endoskopowe – w lokalizacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował badań rezonansu magnetycznego – w lokalizacji **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował badania rentgenowskie – w lokalizacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował badań tomografii komputerowej – w lokalizacji **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował badania USG zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców **za co nie otrzymał punktów**,
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”):
 - nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym **za co nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa **za co nie otrzymał punktów**,

III. w zakresie kryterium dostępność – część wspólna - określona w lp. IV tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych za co otrzymał **2,00 punkty**,
- na pytanie o: 7100 Pracownię diagnostyki laboratoryjnej udzielił odpowiedzi żadne z powyższych **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował zapewnienia co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg za co **otrzymał 2,50 punktu**,

IV. w zakresie kryterium ciągłość – część wspólna - określona w lp. V tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie za co otrzymał **1,00 punkt**,
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat za co **otrzymał 4,00 punkty**,

V. w kategorii Inne warunki oceniane – część wspólna - określona w lp. VI tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy 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. **za co nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzielił odpowiedzi nie dotyczy **za co nie otrzymał żadnych punktów**.

W zakresie warunków wymaganych Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać 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 Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,92 zł za co otrzymał **4,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Med – Polonia Sp. z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarowała równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii za co otrzymała **8,00 punktów**,
 - nie zadeklarowała zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia **za co nie otrzymała żadnych punktów**,
 - zadeklarowała równoważnik co najmniej 1 etatu – położnej specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego za co otrzymała **2,00 punkty**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarowała aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w lokalizacji za co otrzymała **2,00 punkty**,
 - zadeklarowała histeroskop diagnostyczno - operacyjny – w lokalizacji za co otrzymała **2,00 punkty**,
 - zadeklarowała laparoskop – w lokalizacji za co otrzymała **2,00 punkty**,
- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - nie zadeklarowała realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co **nie otrzymała punktów**.
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”: :
 - zadeklarowała posiadanie w oddziale co najmniej 1 pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatka za co **otrzymała 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała posiadania co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o którym mowa w §4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co **nie otrzymała punktów**.
 - nie zadeklarowała prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymała punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
 - nie zadeklarowała udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymała punktów**,

- nie zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymała **0,20 punktu**,
- zadeklarowała posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,25 punktu**,
- zadeklarowała sporządzanie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co otrzymała **0,25 punktu**,
- zadeklarowała sporządzanie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co otrzymała **0,25 punktu**,
- zadeklarowała wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymała **0,25 punktu**,
- zadeklarowała realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. Za co otrzymała **0,25 punktu**,
- zadeklarowała, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymała **0,50 punktu**,
- zadeklarowała, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymała **0,20 punktu**,
- zadeklarowała udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków za co otrzymała **0,35 punktu**,
- nie zadeklarowała zapewnienia konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej za co **nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co otrzymała **0,40 punktu**,

- zadeklarowała, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co otrzymała **0,45 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzieliła odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymała punktów**,
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

- nie zadeklarowała braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- nie zadeklarowała co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- zadeklarowała 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, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieotrzymaniem punktów ujemnych**,

7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- zadeklarowała prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku za co otrzymała **5,00 punktów**,
- nie zadeklarowała zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem **za co nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania **za co nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała zewnętrzną ocenę - systemu zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieotrzymaniem punktów**,
- nie zadeklarowała zewnętrznej oceny - systemu zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji **za co nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy **za co nie otrzymała punktów**,

II. w zakresie kryterium kompleksowość:

1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:

- nie zadeklarowała apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała posiadanie 7910 pracowni endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co otrzymała 1,00 punkt**,
- nie zadeklarowała realizacji umowy w zakresie ginekologii dla dziewcząt w poradni przyszpitalnej **za co nie otrzymała punktów**,

- nie zadeklarowała realizację umowy w zakresie położnictwa i ginekologii poradni przyszpitalnej **za co nie otrzymała punktów**,
- 2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”):
 - zadeklarowała badania endoskopowe – w lokalizacji **za co otrzymała 1,00 punkt**,
 - zadeklarowała badanie rezonansu magnetycznego – w lokalizacji **za co otrzymała 3,00 punkty**,
 - zadeklarowała badania rentgenowskie – w lokalizacji **za co otrzymała 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała badań tomografii komputerowej – w lokalizacji **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarowała badania USG zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji **za co otrzymała 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców **za co nie otrzymała punktów**,
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”):
 - nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym **za co nie otrzymała punktów**,
 - nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa **za co nie otrzymała punktów**,

III. w zakresie kryterium dostępność – część wspólna - określona w lp. IV tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- zadeklarowała co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych **za co otrzymała 2,00 punkty**,
- na pytanie o: 7100 Pracownię diagnostyki laboratoryjnej udzieliła odpowiedzi żadne z powyższych **za co nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji **za co nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg **za co nie otrzymała punktów**.

IV. w zakresie kryterium ciągłość – część wspólna - określona w lp. V tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- zadeklarowała, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie **za co otrzymała 1,00 punkt**,

- zadeklarowała, 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 **otrzymała 2,00 punkty**,

V. w kategorii Inne warunki oceniane – część wspólna - określona w lp. VI tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- nie zadeklarowała współpracy 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. **za co nie otrzymała punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzieliła odpowiedzi nie dotyczy **za co nie otrzymała żadnych punktów**

W zakresie warunków wymaganych Oferent Med – Polonia Sp. z o.o. zadeklarowała, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać 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 Med – Polonia Sp. z o.o. zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł za co otrzymał **3,75 punkty** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Prywatna Lecznica Certus Sp. z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii za co otrzymał **8,00 punktów**,
 - zadeklarował zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia za co otrzymał **3,00 punkty**,
 - nie zadeklarował równoważnika co najmniej 1 etatu – położnej specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego za co **nie otrzymał punktów**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
 - zadeklarował aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w lokalizacji za co otrzymał **2,00 punkty**,
 - nie zadeklarował histeroskopu diagnostyczno - operacyjnego – w lokalizacji za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował laparoskop – w lokalizacji za co otrzymał **2,00 punkty**,

- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- nie zadeklarował realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co **nie otrzymał punktów**.
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- zadeklarował posiadanie w oddziale co najmniej 1 pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatka za co **otrzymał 1,00 punkt**,
 - zadeklarował posiadanie co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w §4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co **otrzymał 2,00 punkty**,
 - nie zadeklarował prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymał punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co **otrzymał 0,20 punktu**,
 - zadeklarował posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co **otrzymał 0,25 punktu**,
 - nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co **otrzymał 0,25 punktu**,

- zadeklarował realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. Za co otrzymał **0,25 punktu**,
 - zadeklarował, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymał **0,50 punktu**,
 - zadeklarował, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymał **0,20 punktu**,
 - zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków za co otrzymał **0,35 punktu**,
 - zadeklarował zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej za co otrzymał **0,55 punktu**,
 - nie zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co otrzymał **0,45 punktu**,
 - zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymał **0,15 punktu**,
 - zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymał **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzielił odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymał punktów**.
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **przyznaniem 1,00 punktu ujemnego**,
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem 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 co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- 7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku **za co nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem **za co nie otrzymał punktów**,

- nie zadeklarował zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował zewnętrzną ocenę - systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością **za co otrzymał 1,00 punkt**,
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny - systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy **za co nie otrzymał punktów**,

II. w zakresie kryterium kompleksowości:

- 1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował posiadanie 7910 pracowni endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie ginekologii dla dziewcząt w poradni przyszpitalnej **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował realizację umowy w zakresie położnictwa i ginekologii poradni przyszpitalnej **za co otrzymał 4,00 punkty**,
- 2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- zadeklarował badania endoskopowe – w lokalizacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował badań rezonansu magnetycznego – w lokalizacji **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował badania rentgenowskie – w lokalizacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował badań tomografii komputerowej – w lokalizacji **za co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował badania USG zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców **za co nie otrzymał punktów**.
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 34 „Przedmiot postępowania: Położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne”:
- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym **za co nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa **za co nie otrzymał punktów**,

III. w zakresie kryterium dostępność – część wspólna - określona w lp. IV tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- nie zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych za co **nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o: 7100 Pracownię diagnostyki laboratoryjnej udzielił odpowiedzi całodobowe laboratorium – w lokalizacji **za co otrzymał 1,00 punkt**,
- nie zadeklarował zapewnienia co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg za co **nie otrzymał punktów**,

IV. w zakresie kryterium ciągłość – część wspólna - określona w lp. V tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

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

V. w kategorii Inne warunki oceniane – część wspólna - określona w lp. VI tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r. **za co nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzielił odpowiedzi nie dotyczy **za co nie otrzymał żadnych punktów**

W zakresie warunków wymaganych Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać 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 Prywatna Lecznica Certus Sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,96 zł za co otrzymał **3,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującą odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 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 położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) wyjaśnić należy co następuje.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika skierowanych do oferty złożonej przez Oferenta Med – Polonia Sp. z o.o. dotyczących niezapewnienia 24 – godzinnej opieki lekarskiej oraz uwag co do zapewnienia opieki anestezjologicznej wskazać należy, iż warunki wymagane odnośnie organizacji udzielania świadczeń w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) określone zostały w załączniku nr 3 – Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zgodnie z powyższym wymogiem świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy winien zapewnić całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia, przy czym opieka ta może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym. Weryfikując ofertę złożoną przez podmiot Med – Polonia Sp. z o. o. wskazać należy, iż łączny tygodniowy czas pracy lekarzy wykazanych do realizacji świadczeń będących przedmiotem zamówienia wynosi 230 godzin. Zaznaczyć należy również, iż oferent ten na pytanie ankietowe zawarte w VIII części formularza ofertowego lp. 2.1.2 SZPP_34 zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia udzielił odpowiedzi NIE. Z udzielonej odpowiedzi można wywieść wniosek, iż oferent będzie łączyć zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej z innymi specjalnościami o profilu zabiegowym, co w świetle wyżej przytoczonych warunków wymaganych wobec świadczeniodawców pretendujących do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) jest dopuszczalne. Zaznaczyć należy także, iż z samego łącznego tygodniowego czasu pracy lekarzy wykazanych w ofercie biorącej udział w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 wynika możliwość zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia bowiem z prostego przeliczenia dni tygodnia oraz 24 godzin na dobę należy przyjąć, iż warunek ten spełniony będzie przy wykazaniu łącznego czasu pracy w liczbie 168 godzin. Zatem zarzut niespełnienia warunku zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej należy uznać za niezasadny. Odnosząc się do czasu pracy lekarzy specjalistów z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii wskazać należy, iż do oferty biorącej udział w spornym postępowaniu oferent Med – Polonia Sp. z o.o. wskazał dwóch lekarzy, których łączny tygodniowy czas pracy wynosi 40 godz. Zatem twierdzenie Odwołującej o zapewnieniu przez rozpatrywanego oferenta kontaktu chorego z anestezjologiem w granicach 30 minut nie znajduje potwierdzenia w złożonej ofercie. Nadto wskazać należy, iż zarzut braku zapewnienia 24 godzinnej obecności anestezjologa nie znajduje uzasadnienia w wymaganiach od świadczeniodawców, bowiem zgodnie z przytoczonym wyżej załącznikiem nr 3 Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wymagana jest organizacja udzielania świadczeń zapewniająca całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia (można łączyć z innymi oddziałami o profilu zabiegowym), a w zakresie personelu wymagane jest zapewnienie równoważnika co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej, który to wymóg został spełniony, bowiem łączny tygodniowy czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii wykazanych w ofercie wynosi 150 godzin. Warunku 24 – godzinnej obecności anestezjologa nie kreuje również dyspozycja § 4 ust. 4 wskazanego wyżej rozporządzenia, bowiem w przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia, w zakresie kwalifikacji personelu, równoważnika co najmniej części wymiaru etatu odpowiadającego czasowi udzielania świadczeń

określone w harmonogramie pracy – lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii (...).

Odnosząc się do kolejnego zarzutu skierowanego do oferty złożonej przez Oferenta Med – Polonia dotyczącego deklaracji prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w pierwszej kolejności należy doprecyzować, iż warunek dodatkowo oceniany sprecyzowany w pytaniu nr 2.6.4. części VIII formularza ofertowego - Ankieta, którego spełnienie zadeklarował wskazany Oferent, odnosi się do prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 o prawach pacjenta, a także wystawiania recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku. W tym miejscu wskazać należy, iż przepisami wydanymi na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.), pozostają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia (Dz. U. 2015 poz. 2069), a nie jak wskazuje Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika ustawy o systemie informatycznym w ochronie zdrowia. Jak stanowi zaś § 10 ust. 2 przywołanego rozporządzenia, w przypadku dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej podpis osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych może być złożony albo weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego tj. bez konieczności podpisu kwalifikowanego czy też podpisu składanego z wykorzystaniem profilu zaufanego.

Ponadto wskazać należy, iż Oferent Med – Polonia w złożonej ofercie do postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) oprócz oświadczenia GABOS Software Sp. z o.o., o którym mowa w piśmie Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika z dnia 1 czerwca 2018 r., zamieścił wydruk recepty oraz skierowania do poradni specjalistycznej z danymi naniesionymi w postaci wydruku (strona 53, 54 oferty). Przy czym wskazać należy, iż powyższe wydruki opatrzone są danymi identyfikacyjnymi oferenta Med – Polonia, a recepta jest opatrzona numerem przydzielonym Świadczeniodawcy Med – Polonia z puli numerów recept przydzielanych przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszy Zdrowia w Poznaniu świadczeniodawcom celem wystawiania recept na leki refundowane dla ubezpieczonych. Kolejne strony oferty tj. 55 – 59 przedstawiają procedurę dodawania zeskanowanych zdjęć w formacie DICOM stanowiącą zrzuty ekranu komputera dokumentujące kolejne etapy postępowania. Wskazać należy również, iż zgodność udzielonej odpowiedzi na pytanie 2.6.4. ze stanem faktycznym była również przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej u oferenta w dniu 25 kwietnia 2018 r., której pozytywny wynik został odnotowany w załączniku nr 2 do protokołu weryfikacji oferenta.

W świetle powyższego nie zachodzą wątpliwości, iż Oferent Med - Polonia nie tylko posiada prawo użytkowania oprogramowania Mediquis umożliwiającego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa wytwarzanie dokumentacji medycznej, w tym historię choroby w postaci elektronicznej oraz możliwość umieszczania jej w systemie uwzględniając standard wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową DICOM, o której mowa w oświadczeniu GABOS Software Sp. z o.o., ale również system ten użytkuje w zakresie umożliwiającym udzielenie twierdzącej odpowiedzi na pytanie rankingujące lp. 2.6.4 SZPP_W Świadczeniodawca prowadzi historię choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.

Wobec powyższych ustaleń zarzuty związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej nie znajdują potwierdzenia w zebranych w toku postępowania administracyjnego materiale dowodowym.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu, postawionego przez Odwołującą reprezentowaną przez pełnomocnika w odniesieniu do Oferty Ofernta Med – Polonia Sp. z o. o., kwestionującego zasadność udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe lp. 1.2.2. i pozyskania dodatkowych punktów, z uwagi na brak wyszczególnienia kodu resortowego położnictwa i ginekologii przy wpisie pracowni endoskopii w księdze rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonej przez Wojewodę Wielkopolskiego dla tego podmiotu uznać należy również za chybiony. Powoływane pytanie ankietowe lp. 1.2.2. należące do kategorii Poradnie / oddziały / pracownie / gabinety oceniane w ramach kryterium kompleksowość w brzmieniu: SZPP_34 7910 pracownia endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego stawia warunek posiadania odpowiedniego wpisu kodu odnoszącego się wyłącznie do części VIII systemu kodów resortowych, a ten zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikujących oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 poz. 594 ze zm.) stanowi 4- znakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego. Zgodnie z ust. 2 § 9 wyżej wskazanego rozporządzenia każdej komórce organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego nadaje się tylko jeden kod, o którym mowa w ust. 1. Dalej ust 3 omawianego przepisu odsyła do załącznika nr 2 do rozporządzenia, który określa kody charakteryzujące specjalności komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, a ten dla pracowni endoskopii wskazuje kod 7910 i taki kod został uwidoczniiony w księdze rejestrowej nr 000000020906 podmiotu leczniczego Med – Polonia Sp. z o. o. z wpisami w lp. 20 Rubryka 1. Nazwa komórki organizacyjnej: Pracownia endoskopii, Rubryka 8. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej: Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 7910 Pracownia endoskopii. W świetle tak postawionego pytania ankietowego stanowiącego odzwierciedlenie warunku dodatkowo ocenianego zdefiniowanego w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne”, w tabeli nr 3 „Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa” w części nr 34 „przedmiot postępowania: położnictwo i ginekologia (dotyczy wyłącznie świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne)” w lp. II „Kompleksowość”, w kategoria „Poradnie / oddziały / pracownie / gabinety” należy stwierdzić, iż Oferent Med – Polonia Sp. z o. o. był uprawniony do udzielenia na nie twierdzącej odpowiedzi. Na marginesie należy stwierdzić, iż dla udzielenia twierdzącej odpowiedzi na omawiane pytanie ankietowe prawodawca nie ustanowił warunku posiadania przez jednostkę organizacyjną odpowiedniego profilu medycznego, który stanowi zgodnie z § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikujących oraz szczegółowego sposobu ich nadawania część IX i X systemu resortowych kodów, zgodnego z przedmiotem postępowania. Gdyby wolą prawodawcy było dalsze uszczegółowienie wymogu, dokonałby opisu warunku co miałyby odzwierciedlenie w treści pytania ankietowego.

Nadto wskazać należy, iż żaden z przepisów obowiązującego prawa czy zarządzeń wydanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia mających zastosowanie w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie

ginekologia) na obszarze województwa wielkopolskiego z dnia 13 marca 2018 r. nie zobowiązuje oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy do załączenia do oferty dodatkowej dokumentacji potwierdzającej wykonywanie badań histeroskopowych, laparoskopowych czy kolposkopii w pracowni endoskopowej. Zatem brak przedstawienia w ofercie takiej dokumentacji nie może stanowić o niezasadności udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.2.2. (SZPP_34 7910 pracownia endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego).

Przechodząc do zarzutów postawionych przez Odwołującą reprezentowaną przez pełnomocnika w piśmie z dnia 1 czerwca 2018 r. w odniesieniu do oferty złożonej przez Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. (dalej Oferent Ventriculus) wskazać należy co następuje.

W odniesieniu do zarzutów związanych z wyposażeniem łóżka intensywnej terapii / opieki medycznej i ustaleniami kontroli NFZ w tym zakresie, na wstępie należy wyjaśnić, iż zgodnie z przepisem § 4 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzeni Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego świadczeniodawca, który nie posiada w strukturze organizacyjnej oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, winien posiadać co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii, o którym mowa w załączniku nr 3 do rozporządzenia – Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w części I Warunki szczegółowe jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej w lp. 2 i lp. 3, w części Organizacja udzielania świadczeń w pkt 3. A mianowicie: każde stanowisko intensywnej terapii wyposażone w:

- a) ciągłe przyłózkowe monitorowanie EKG,
- b) stały pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną,
- c) pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi,
- d) intubację dotchawiczą i wentylację workiem samorozprężalnym,
- e) przedłużoną sztuczną wentylację płuc z zastosowaniem respiratora,
- f) regulację stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21–100 %,
- g) terapię płynami infuzyjnymi z zastosowaniem pomp infuzyjnych, worków ciśnieniowych, filtrów, strzykawk automatycznych,
- h) toaletę dróg oddechowych z zastosowaniem urządzeń ssących,
- i) monitorowanie temperatury ciała,
- j) pulsoksymetrię,
- k) kapnografię.

Przenosząc powyższy wymóg stawiany wobec świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) na ustalenia z przeprowadzonej w dniu 23 kwietnia 2018 r. weryfikacji Oferenta Ventriculus w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych w ofercie ze stanem faktycznym wskazać należy, iż Oferent ten posiada stanowisko intensywnej terapii wyposażone zgodnie z wyżej przytoczonymi wymaganiami. Potwierdzenie spełnienia omawianego wymogu stanowi załącznik nr 3 do protokołu przeprowadzenia w dniu 23 kwietnia 2018 r. weryfikacji oferenta hospitalizacja planowa, w którym został szczegółowo wyszczególniony wymagany sprzęt stanowiący wyposażenie stanowiska intensywnej terapii z odnotowaniem pozytywnego wyniku weryfikacji. Nadto analiza treści adnotacji sporządzonych przez zespół przeprowadzający weryfikację Oferenta w części stanowiącej załącznik nr 3 do ww.

protokołu, odnoszący się do wyposażenia stanowiska intensywnej terapii, nie potwierdza sugerowanego przez Odwołującą reprezentowaną przez pełnomocnika umiejscowienia wymaganego sprzętu w innym miejscu niż przy weryfikowanym stanowisku intensywnej terapii. Wskazać należy, iż Oferent Ventriculus w prowadzonym postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 nie deklarował dysponowania łóżkiem intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o której mowa w pytaniu ankietowym nr 2.6.2, a zatem nie uzyskał z tego tytułu dodatkowych punktów rankingujących w dokonywanej ocenie oferty.

W tym miejscu podkreślić należy, iż komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację w celu potwierdzenia prawidłowości i prawdziwości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym u wszystkich oferentów biorących udział w spornym postępowaniu konkursowym. Sposób przeprowadzenia tej weryfikacji był jednolity, bowiem komisja konkursowa posługiwała się takim samym wzorem protokołu przeprowadzenia weryfikacji wraz z załącznikami nr 1 i 3 oraz załącznikiem nr 2 opracowanym indywidualnie w zależności od zadeklarowanych w ofercie warunków dodatkowo ocenianych. Zatem sposób przeprowadzenia weryfikacji stanowiska intensywnej terapii (załącznik nr 3) był taki sam u wszystkich oferentów.

Odnosząc się do kolejnego argumentu Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika dotyczącego spełnienia warunku prowadzenia dokumentacji elektronicznej przez Oferenta Ventriculus w kontekście załączonej do oferty umowy z inną jednostką wskazać należy, iż świadczenia związane z przetwarzaniem dokumentacji medycznej nie są świadczeniami opieki zdrowotnej. Nie stosuje się do nich zatem przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wydanych na jej podstawie ogólnych warunków umów regulujących kwestie wykonywania części umowy przez podwykonawcę. Trudno bowiem przyjąć, że podmiot wykonujący jedynie na zlecenie świadczeniodawcy, odwzorowanie cyfrowe zdjęć radiologicznych, jest podmiotem, który wykonuje część umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu ze świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres lub zakresy świadczeń, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności. Stwierdzić należy jednak, że współpraca z podmiotem trzecim w zakresie odwzorowania zdjęć radiologicznych winna być udokumentowana. Takie stanowisko zostało wyrażone w piśmie Ministerstwa Zdrowia z dnia 8 września 2017 roku znak UZ-PR.716.191.2017 MM IK:1061662 oraz z dnia 22 września 2017 roku, znak UZ-PR.716.222.2017.AŻ, które to stanowisko podziela Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Oferent Ventriculus dołączył do złożonej w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 oferty umowę o świadczenie usług cyfrowego odwzorowania zdjęć RTG Nr 04/D/DEŚM zawartą w dniu 26 marca 2018 r. z Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Poznaniu, której przedmiotem jest cyfrowe odwzorowanie zdjęć rentgenowskich wykonanych pierwotnie w formacie analogowym do formatu DICOM (§ 1 ust. 1 umowy). Sformalizowanie powyższej współpracy udokumentowane zawartą umową umożliwiło komisji konkursowej ustalić, że Oferent Ventriculus spełnia deklarowany warunek określony w pytaniu ankietowym nr 2.6.4. Odnosząc się do podnoszonej przez pełnomocnika Odwołującej kwestii wymogu posiadania podpisu kwalifikowanego aktualne pozostaje stanowisko Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zaprezentowane przy omawianiu analogicznego zarzutu wobec oferty Oferenta Med – Polonia Sp. z o.o.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu dotyczącego zapewnienia ciągłości badań laboratoryjnych wskazać należy, iż Oferent Ventriculus oprócz deklaracji posiadania własnego laboratorium pozostaje także stroną umowy o podwykonawstwo zawartej w dniu 12 lipca 2007 r. z Diagnostyka sp. z o. o., której przedmiotem jest wykonywanie badań analitycznych i mikrobiologicznych oraz umowy zawartej w dniu 12 marca 2018 r. na świadczenie usług medycznych w zakresie badań laboratoryjnych z ALAB

laboratoria Sp. z o. o., której przedmiotem jest wykonywanie badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i genetycznych. Przy czym obie umowy zostały dołączone do oferty złożonej w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01, jak również zostały wykazane w wykazie podwykonawców w części II formularza ofertowego.

W tym miejscu wskazać należy również, iż komisja konkursowa nie przyjęła dodatkowych wyjaśnień Oferenta Ventriculus złożonych w piśmie z dnia 24 kwietnia 2018 r. odnośnie udzielonej odpowiedzi: całodobowe laboratorium – w lokalizacji na pytanie ankietowe nr 3.1.4. SZPP_W 7100 Pracownia diagnostyki laboratoryjnej, w których Oferent ten m. in. deklarował w przyszłości zapewnienie stałej obsady diagnostów laboratoryjnych w prowadzonym laboratorium diagnostycznym w trybie 24h/doba i 7 dni w tygodniu. Należy zgodzić się ze stwierdzeniem Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika, iż „Promesa taka – spełnienia warunku – nie powinna owocować zaliczeniem odpowiedzi w formularzu ofertowym”. Co istotne w rozpatrywanej sprawie konsekwencją powyższego było wprowadzenie przez komisję konkursową zmiany w odpowiedzi na powyższe pytanie ankietowe z: całodobowe laboratorium – w lokalizacji na odpowiedź: żadne z powyższych, co pociągało za sobą nieuzyskanie przez Oferenta Ventriculus 1,00 punktu w ocenie oferty przewidzianej za spełnienie przedmiotowego warunku. Działanie komisji konkursowej zostało odnotowane w protokole stanowiącym potwierdzenie wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych załączonym do oferty. Przy czym wskazać należy, iż podstawą do dokonania zmiany przez komisję konkursową w odpowiedzi na pytanie ankietowe była podjęta w dniu 9 maja 2018 r. uchwała komisji konkursowej, której treść została przytoczona we wcześniejszej części decyzji dotyczącej uchwał podjętych przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-18-000216/SZP/03/1/ 03.4450.071.02/01 w sprawie dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytanie ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym w rozdziale „Dostępność” dotyczące zapewnienia całodobowego dostępu w lokalizacji do pracowni diagnostyki laboratoryjnej. Zgodnie z jej treścią jeśli komisja konkursowa po przeanalizowaniu wyjaśnień oferentów w przedmiocie sposobu zapewnienia całodobowego dostępu do pracowni diagnostyki laboratoryjnej – w lokalizacji, ustaliła, iż ze złożonych przez oferentów wyjaśnień nie wynika wprost, iż w pracowni diagnostyki laboratoryjnej zapewniona jest stała, całodobowa obecność pracowników laboratorium diagnostycznego, tj. gdy treść udzielonych przez oferenta wyjaśnień stoi w opozycji do odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym, komisja konkursowa postanowiła korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące.

Przechodząc do kolejnego zarzutu związanego z wykonywaniem badań endoskopowych wskazać należy, iż Oferent Ventriculus zadeklarował spełnienie warunku dodatkowo ocenianego w VIII części formularza ofertowego – Ankiety, tj. posiadanie pracowni endoskopowej udzielając twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.2.2. jak również udzielił odpowiedzi TAK na pytanie ankietowe nr 1.1.1. deklarując w ten sposób wykonywanie badań endoskopowych w lokalizacji. Potwierdzeniem spełnienia warunku określonego w pierwszym z wymienionych pytań, za które można było uzyskać dodatkowe punktu rankingujące, jest wpis w księdze rejestrowej nr 000000016330 rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonej przez Wojewodę Wielkopolskiego dla Podmiotu Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. komórki organizacyjnej pod liczbą porządkową nr 28 Pracownia endoskopowa, oznaczonej kodem resortowym charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej stanowiącej część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych 7910 Pracownia endoskopii. Potwierdzenie spełnienia warunku określonego w drugim z wymienionych pytań komisja konkursowa dokonała w trakcie przeprowadzonej w dniu 23 kwietnia 2018 r. weryfikacji oferenta czyniąc odpowiednie adnotacje w załączniku nr 2 do protokołu przeprowadzenia w dniu 23 kwietnia 2018 r. weryfikacji oferenta, w tym w zakresie posiadanego sprzętu medycznego, którego posiadanie wbrew twierdzeniom Odwołującej reprezentowanej przez

pełnomocnika jest w ocenie tak komisji konkursowej jak i Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia warunkiem niezbędnym do wykonania zabiegów w tym histeroskopowych, a jego brak uniemożliwia wykonanie określonego zabiegu. Wskazać należy również, iż warunki wymagane od świadczeniodawców określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego jak i kryteria oceny ofert określone rozporządzeniem 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 nie zobowiązują oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) do załączenia do oferty jakiegokolwiek dodatkowej dokumentacji potwierdzającej wykonywanie badań histeroskopowych, laparoskopowych czy kolposkopii. Na marginesie zauważyć należy, iż pytanie ankietowe nr 1.2.2. nie zawiera wymogu wykonywania badań endoskopowych w pracowni endoskopowej. Pełnomocnik Odwołującej formułując zarzut związany z wykonywaniem badań endoskopowych i poddając w wątpliwość wykonywanie przez Oferenta Ventriculus badań histeroskopowych pomimo deklaracji wykonywania w pracowni zabiegów z zakresu ginekologii, odwołuje się do bliżej nieokreślonej oferty handlowej. Przy czym w tym miejscu należy jednoznacznie wskazać, iż jedynymi ofertami jakie są oceniane przez komisję konkursową są oferty złożone przez oferentów pretendujących do zawarcia umowy w odpowiedzi na ogłoszenie postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, sporządzone w odpowiednim formacie i spełniające wymogi formalne określone w aktach prawnych wskazanych w przedmiotowym ogłoszeniu. I taka też oferta została złożona w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 przez Oferenta Ventriculus i jako taka podlegała ocenie. Wobec ustalonego w toku postępowania administracyjnego stanu faktycznego zarzuty odnoszące się do wykonywania badań endoskopowych przez Oferenta Ventriculus nie mogą zostać uznane za zasadne.

Za niezasadny należy uznać także zarzut braku w dokumentacji ofertowej Oferenta Ventriculus potwierdzenia zabezpieczenia oddziału w krew. Rozpatrując ten argument wskazać należy, iż warunki wymagane od świadczeniodawców określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych nie przewidują warunku od podmiotu starającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) udokumentowania zabezpieczenia oddziału szpitalnego w krew dla pacjentów. Warunku takiego nie kreują także kryteria oceny ofert określone 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 dla zakresu świadczeń będącego przedmiotem rozpatrywanego postępowania konkursowego. Zatem uznać należy, iż zabezpieczenie w krew nie może podlegać weryfikacji czy ocenie ofert dokonywanej przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania konkursowego.

Odnosząc się do ostatniego z zarzutów Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika odnośnie oferty oferenta Ventriculus, dotyczącego przyznania dodatkowych punktów w ocenie oferty biorącej udział w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 z uwagi na deklarację wykonywania badań histopatologicznych śródoperacyjnych w miejscu uznać należy także ten zarzut za chybiony. Przede wszystkim wskazać należy, iż żaden z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie formułuje dla świadczeń w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) kryterium zapewnienia wykonywania takich badań, a co za tym idzie część VIII formularza ofertowego– Ankieta nie zawiera pytania dotyczącego deklaracji wykonywania badań

histopatologicznych śródoperacyjnych co oznacza, iż oferta złożona przez Oferenta Ventriculus nie uzyskała z tego tytułu jakichkolwiek dodatkowych punktów.

Warunek zapewnienia dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych został natomiast sformułowany w załączniku nr 3 Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W tym miejscu wskazać należy, iż w ofercie złożonej w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 w części II formularza ofertowego - Wykaz podwykonawców, Oferent Ventriculus wskazał Gabinet Badań Histopatologicznych i Cytologicznych Piotr Paprzycki jako podwykonawcę świadczeń medycznych w zakresie badań histopatologicznych i immunohistochemicznych oraz załączył zawartą umowę ze wskazanym podmiotem, której treść §1 wskazuje, iż przedmiotem jej jest wykonywanie usług medycznych z zakresu badań histopatologicznych pacjentów zleceniodawcy (Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus” Sp. z o. o.).

Nadto wskazać należy, iż posiadanie przez oferenta Ventriculus sprzętu medycznego, tj. aparatu Kriostat MEV i mikroskopu LEICA DM1000 z 5 obiektywami niezbędnego do wykonywania badań histopatologicznych śródoperacyjnych zostało potwierdzone podczas przeprowadzonej przez zespół weryfikujący w dniu 23 kwietnia 2018 r. weryfikacji oferenta i udokumentowane odpowiednim wpisem w załączniku nr 1 do protokołu weryfikacji oferenta. Stwierdzić należy również, iż wbrew twierdzeniom Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika, Oferent Ventriculus posiada w swojej strukturze organizacyjnej pracownię histopatologiczną co potwierdza wpis w księdze rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Wielkopolskiego nr 000000016330 dla podmiotu Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” spółka z o.o., pod lp. 168, Rubryka 1. wpisana została Pracownia Histopatologii, Rubryka 8. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej, Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych 7150 Pracownia histopatologii.

Powyższe pozwoliło komisji konkursowej na pozytywną weryfikację spełnienia przez Oferenta Ventriculus warunku zapewnienia dostępu do badań histopatologicznych śródoperacyjnych.

Przechodząc do zarzutów sformułowanych w piśmie Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika z dnia 1 czerwca 2018 r. w odniesieniu do oferty złożonej przez oferenta Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o. (zwany dalej oferent Amika) należy stwierdzić co następuje.

Istotnym dla rozpatrzenia zarzutu dysponowania przez oferenta Amika jedną komórką organizacyjną tj. jednym oddziałem chirurgicznym z różnymi profilami realizacji świadczeń jest zapis § 7 ust. 1 Zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zmianami), wydanego na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Wskazany przepis określa, iż umowa zawierana jest ze świadczeniodawcą będącym podmiotem leczniczym wpisanym do rejestru, posiadającym oddziały szpitalne o profilu zgodnym z zakresem świadczeń będącym przedmiotem kontraktowania, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej zakładu podmiotu leczniczego są określone w rejestrze, w części VIII systemu – resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia. Załącznik ten stanowiący katalog zakresów świadczeń w leczeniu szpitalnym w części dotyczącej hospitalizacji planowej w lp. 43 dla zakresu: położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) wskazuje jako komórkę organizacyjną, w której realizowany jest zakres świadczeń: oddział położniczo – ginekologiczny oraz

oddział ginekologiczny. Wskazanie to zawiera jednak zastrzeżenie o dopuszczalności kontraktowania zakresów wymienionych w omawianym załączniku w innych komórkach organizacyjnych niż wskazane w kol. 14 załącznika pod warunkiem, że realizują one świadczenia zgodne z profilem danego zakresu. W tym miejscu przytoczyć należy zapis § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikujących oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012, poz. 594 ze zm.) zgodnie z którym, w przypadku podmiotu leczniczego kody stanowiące część IX i X systemu tworzą łącznie profil medyczny i określają zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych w jednostce organizacyjnej lub komórce organizacyjnej zakładu leczniczego.

Przenosząc powyższe na grunt rozpatrywanej sprawy wskazać należy, iż oferent Amika, w ofercie złożonej do postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 wskazał miejsce udzielania świadczeń oddział chirurgiczny ogólny charakteryzujący się specjalnością komórki organizacyjnej cz. VIII kodu rejestrowego 4500, a więc nieodpowiadający kodom komórek organizacyjnych zdefiniowanych w kol. 14 załącznika nr 3 do Zarządzenia nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednak analiza księgi rejestrowej nr 000000016664 prowadzonej przez Wojewodę Wielkopolskiego dla podmiotu Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o. wiedzie do wniosku, że profil wskazanego w ofercie miejsca udzielania świadczeń tj. oddziału chirurgicznego ogólnego jest zgodny z profilem świadczeń stanowiących przedmiot kontraktowania bowiem część IX – kod funkcji ochrony zdrowia opisana jest jako HC.1.1. – leczenie szpitalne, a część X kod charakteryzujący dziedzinę medycyny albo pielęgniarstwa, w której są udzielane świadczenia zdrowotne opisany jest jako 29 - położnictwo i ginekologia. Powyższe jednoznacznie wskazuje, iż Oferent Amika spełnia wymogi formalne posiadania odpowiedniej komórki organizacyjnej wskazanej w ofercie jako miejsce udzielania świadczeń przewidziane dla udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01.

Odnosząc się do zarzutu dotyczącego zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, która zgodnie z oświadczeniem oferenta Amika z dnia 21 marca 2018 r. załączonego do rozpatrywanej oferty, będzie łączona z dyżurem lekarskim w zakresie profilu – otolaryngologia w oddziale chirurgicznym, stwierdzić należy, iż przedstawione przez Oferenta Amika rozwiązanie zgodne jest z warunkami szczegółowymi, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji planowej określonymi w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Przypomnieć należy, iż warunki te dla świadczeń z zakresu położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) w części odnoszącej się do organizacji udzielania świadczeń określają wymóg zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przy czym może być ona łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym. Zatem zarzut łączenia dyżuru lekarskiego w ramach jednego oddziału zabiegowego o różnych profilach medycznych uznać należy za chybiony.

Za niezasadny uznać należy także kolejny zarzut związany z nieprzedstawieniem przez Oferenta Amika dokumentacji potwierdzającej wykonywanie badań histeroskopii / laparoskopii w pracowni endoskopowej. Kolejny raz w tym miejscu przypomnieć należy, iż warunki wymagane od świadczeniodawców składających oferty w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000216/SZP/35/1/03.4450.071.02/01 określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, czy też kryteria oceny ofert wskazane 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 nie zobowiązują oferentów do załączenia do oferty dokumentów potwierdzających wykonywanie takich badań. Obowiązku takiego nie kreują także przepisy zarządzeń Prezesa NFZ.

Odnosząc się przy tym do faktu posiadania pracowni endoskopowej zauważenia wymaga, że Oferent Amika udzielił twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe zawarte w VIII części formularza ofertowego nr 1.2.2. SZPP_34 7910 pracownia endoskopii – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego. Zasadność udzielenia powyższej odpowiedzi potwierdza wpis w księdze rejestrowej nr 000000016664 prowadzonej przez Wojewodę Wielkopolskiego dla podmiotu Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o., który w lp. 64, Rubryka 1. Nazwa komórki organizacyjnej: Pracownia endoskopowa w Rubryce 8. Zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej; Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych wskazuje: 7910 Pracownia endoskopii. W odniesieniu zaś do zasadności twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.1.1. SZPP_34 Badania endoskopowe – w lokalizacji, wskazania wymaga, że prawidłowość tej deklaracji potwierdził zespół dokonujący weryfikacji oferenta w dniu 26 kwietnia 2018 r. co znajduje potwierdzenie w załączniku nr 2 do protokołu przeprowadzenia w dniu 26 kwietnia weryfikacji oferenta. Zaznaczyć należy również, iż wbrew twierdzeniom Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika posiadanie odpowiedniego sprzętu jest warunkiem wykonywania badań endoskopowych, bowiem jego brak jednoznacznie uniemożliwia ich wykonanie. Zatem uznać należy iż odpowiedzi udzielone przez oferenta Amika na wyżej wskazane pytania są zgodne ze stanem faktycznym co powoduje, że zarzuty Odwołującej pozostają niezasadne.

W dalszej części Odwołująca reprezentowana przez pełnomocnika zarzuca iż oferent Amika nie zapewnia bezpieczeństwa pacjenta albowiem nie zapewnia wymogu w postaci możliwości izolacji pacjenta (brak pokoju jednoosobowego), a ponadto stwierdzenia braku udokumentowania łózka o udźwigu 250 kg, a także brak specjalisty mikrobiologa / lekarza chorób zakaźnych – przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych czy dokumentowania pracy komitetu ds. zakażeń. Odnosząc się do tak postawionego zarzutu wskazać należy, iż wskazane wymogi zostały sprecyzowane w kryteriach oceny ofert dla przedmiotu postępowania: położnictwo i ginekologia (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne) odpowiednio w tabeli nr 3 oraz tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia wmw o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Co istotne warunki te nie są bezwzględnie wymagane od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bowiem te sformułowane zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Spełnienie wskazanych przez Odwołującą reprezentowaną przez pełnomocnika warunków po zadeklarowaniu twierdzących odpowiedzi na poszczególne pytania ankietowe umieszczone w części VIII formularza ofertowego skutkuje uzyskaniem dodatkowych punktów rankingujących składających się na ocenę oferty w poszczególnych kryteriach oceny ofert. Natomiast brak spełnienia któregoś z przedstawionych warunków i udzielenie odpowiedzi NIE, nie jest dla oferenta dyskwalifikujące, a jedynie skutkuje brakiem dodatkowych punktów. Co istotne Oferent Amika nie uzyskał dodatkowych punktów w ocenie oferty z tytułu udzielonych odpowiedzi na wskazane w zarzucie pełnomocnika Odwołującej warunki dodatkowo oceniane.

Za niezasadny należy uznać także zarzut braku w dokumentacji ofertowej potwierdzenia zabezpieczenia oddziału w krew. Zarzut ten został omówiony już przy rozpatrywaniu tożsamego zarzutu postawionego przez pełnomocnika Odwołującej wobec oferty Oferenta Ventriculus, a przytoczona w uzasadnieniu stanowiska Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia argumentacja pozostaje aktualna również wobec zarzutu postawionego w odniesieniu do oferty Oferenta Amika.

Odnosząc się do treści pisma Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika z dnia 1 czerwca 2018 r. w części dotyczącej oferty Odwołującej wskazać należy, iż wymienione elementy znalazły odzwierciedlenie w złożonej przez Odwołującą ofercie i skutkowały przyznaniem dodatkowych punktów rankingujących w kwestii dotyczącej zapewnienia dyżurów lekarskich i pielęgniarskich jak również zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego zgodnie z udzielonymi odpowiedziami na pytania ankietowe odnoszące się m. in. do kategorii personelu czy kontroli zakażeń szpitalnych.

Odnosząc się do prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawiania recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, wskazać należy iż sama Odwołująca nie zadeklarowała spełnienia tego warunku w ofercie złożonej do postępowania nr 15-18-000216/SZP/031/03.4450.071.02/01. Odwołująca nie załączyła także do oferty żadnych danych mogących wskazywać na wdrożenie systemu informatycznego pozwalającego na prowadzenie historii choroby w sposób odpowiadający wymaganiom opisanym w pytaniu ankietowym nr 2.6.4., a zatem oferta Odwołującej w tym zakresie nie zawierała żadnych sprzecznych informacji. Z tego też względu komisja konkursowa nie była zobowiązana do weryfikacji negatywnej odpowiedzi na wskazane pytanie ankietowe. W tym miejscu wskazać należy również, iż samo spełnianie jakiegokolwiek warunku rankingującego określonego w pytaniu ankietowym nie rodzi po stronie oferenta obowiązku deklaracji jego spełnienia. Udzielenie odpowiedzi twierdzącej pozwala na uzyskanie dodatkowych punktów w ocenie oferty, ale należy mieć na uwadze, iż zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oferent, który deklaruje spełnienie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy. Nadto deklarację spełnienia warunku dodatkowo ocenianego w postępowaniu konkursowym na etapie postępowania odwoławczego należy uznać za spóźnioną. Nie jest bowiem zadaniem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w toku prowadzonego postępowania administracyjnego wszczętego wskutek wniesionego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonywanie ponownej oceny ofert uczestniczących w spornym postępowaniu i to z pominięciem ich treści, czy weryfikacja spełnienia nie deklarowanych przez oferentów warunków, a weryfikacja pracy komisji konkursowej, czy poprzez jej działanie doszło do naruszenia zasad postępowania konkursowego i w konsekwencji do naruszenia interesu prawnego Odwołującej.

Ustosunkowując się do podniesionego w odwołaniu złożonym w dniu 18 maja 2018 r. przez Odwołującą zarzutu odnoszącego się do wskazania w rozstrzygnięciu postępowania nr 15-18-000216/SZP/031/03.4450.071.02/01 dwóch oferentów nieposiadających oddziału ginekologicznego wskazać należy, iż kwestia ta w odniesieniu do oferenta Amika została już omówiona w niniejszej decyzji przy omawianiu zarzutów skierowanych wobec tego Oferenta w piśmie Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika. Nadto wskazać należy, iż przytoczone w uzasadnieniu stanowiska Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia argumenty mają zastosowanie również wobec drugiego oferenta, tj. Med – Polonia Sp. z o.o., który w złożonej ofercie w części III formularza ofertowego - wykaz miejsc udzielania świadczeń w spornym postępowaniu konkursowym wskazał komórkę organizacyjną - oddział chirurgiczny ogólny o specjalności część VIII kodu resortowego 4500. Powyższe znajduje potwierdzenie w księdze rejestrowej nr 000000020906 prowadzonej przez Wojewodę Wielkopolskiego dla podmiotu Med – Polonia Sp. z o.o., w której dla wpisanego pod lp. 12 Oddziału Chirurgicznego Ogólnego, opisanego w części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych jako 4500 Oddział chirurgiczny ogólny, wskazany jest m. in. profil świadczeń stanowiących przedmiot kontraktowania, tj. część IX – kod funkcji ochrony zdrowia opisana jest jako HC.1.1. – leczenie szpitalne, a część X kod

charakteryzujący dziedzinę medycyny albo pielęgniarstwa, w której są udzielane świadczenia zdrowotne opisany jest jako 29 - położnictwo i ginekologia.

Odnosząc się do zarzutu prowadzenia i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego z naruszeniem zasady równego traktowania oferentów i uczciwej konkurencji wynikającej z zapisu art. 134 Ustawy podniesionego zarówno w treści pisma Odwołującej reprezentowanej przez pełnomocnika z dnia 1 czerwca 2018 r. jak i wcześniej złożonego odwołania zawartego w pismach z dnia 17 i 18 maja 2018 r. należy przede wszystkim stwierdzić, co następuje.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 Ustawy 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. Z kolei zgodnie z ust. 2 tego przepisu wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Przejawem zasady równego traktowania świadczeniodawców jest stosowanie takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu. Wyrazem tego jest określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że 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 spełnienia danego warunku przyznawana jest mu odpowiednia liczba punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń) we właściwym załączniku do 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. W postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01. był to załącznik Nr 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne” do ww. rozporządzenia. Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01.

Nadto taki sposób postępowania eliminuje element subiektywny działania komisji, jakim byłoby stosowanie do niektórych oferentów dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Przestrzeganie zasady równego traktowania wszystkich oferentów nie pozwala na stosowanie w toku prowadzonego postępowania konkursowego innych kryteriów aniżeli określone w tabelach nr 3 i 4 załącznika nr 3 do 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. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr: 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 podlegała identycznym kryteriom 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.

Nadto, do wszystkich złożonych w toku postępowania konkursowego ofert miały zastosowanie te same zasady określone w uchwałach komisji konkursowej opisanych w początkowej części decyzji.

Co istotne także, uchwały komisji konkursowej nie tworzyły nowych zasad prawnych, a jedynie dokumentowały sposób postępowania, zgodny zarówno z obowiązującymi normami prawa, jak również z ugruntowanym orzecznictwem sądowym.

Na marginesie wskazać należy, iż przytaczane przez stronę Odwołującą zarządzenie nr 3/2014/DSOZ nie miało zastosowania do postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01. Jeszcze raz wskazać należy iż kryteria oceny ofert wg których podlegały ocenie wszystkie oferty biorące udział w rozpatrywanym postępowaniu konkursowym określone są w rozporządzeniu 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, o czym informacja była umieszczona w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 z dnia 13 maja 2018 r.

Wyliczenia punktacji, stanowiące sumę wszystkich uzyskanych punktów, dokonano po weryfikacji ofert. Efektem powyższego wyliczenia był dokument „Ranking końcowy”, w którym Odwołująca, z uwagi na uzyskaną liczbę punktów, zajęła czwarte miejsce. Ranking ten utworzono na podstawie odpowiedzi udzielonych przez Oferentów w formularzach ofertowych, które podlegały weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową, a których brzmienia nie kształtuje komisja konkursowa. Formularze ofertowe są bowiem jednolite w skali kraju, opracowywane w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i są odwzorowaniem kryteriów oceny ofert, w danych zakresach świadczeń, zdefiniowanych 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, i importowane do systemów informatycznych Oddziałów Wojewódzkich Funduszu do jednolitego zastosowania. Jest to typowy przykład realizacji postulatu jednolitego i równego traktowania oferentów w postępowaniach konkursowych. Odpowiedzi udzielone w ofertach zostały zweryfikowane przez komisje w możliwy dostępny sposób, m. in. przez wezwanie Oferentów do wyjaśnienia elementów spornych (np. w przypadku odpowiedzi ankietowych TAK, które nie znajdowały potwierdzenia w ofercie), analiz dla których podstawą były dane z raportów statystyczno – medycznych przekazywane przez świadczeniodawców do tutejszego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ze zrealizowanych świadczeń w ramach posiadanych umów, czy podczas weryfikacji, o której mowa w § 17 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, przeprowadzonych u wszystkich oferentów.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującą punktów oceny oferty wynosiła 38,85 punktów, podczas gdy oferta złożona przez ostatniego oferenta wybranego, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) otrzymała 41,4 punktów. W tym miejscu wskazania wymaga, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 13 marca 2018 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu ww. postępowania zawarze trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku

rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia), i to z oferentami, których oferta uzyskała najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanych w rankingu końcowym oferentów wyczerpał liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01, zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia), w wyniku przeprowadzonego postępowania, jak również wyczerpał wartość zamówienia w sposób uniemożliwiający wybór kolejnej oferty w rankingu..

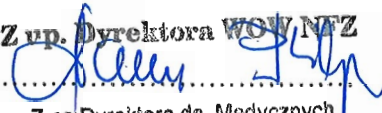
O miejscu w rankingu końcowym zdecydowała punktacja, jaką Odwołująca otrzymała za wszystkie wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskał oferent wybrany w rankingu ofert. Wybranie oferty Odwołującej spowodowałoby przekroczenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Odnosząc się do wniosku Odwołującej o udostępnienie ofert konkurentów wskazać należy, iż akta sprawy zostały udostępnione Odwołującej w dniu 28 i 29 kwietnia 2018 r. w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przy ul. Piekary 14/15.

W postępowaniu odwoławczym, którego podstawą jest art. 154 Ustawy, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszenia interesu prawnego Odwołującej wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 w sprawie zawarcia umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) 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 15-18-000216/SZP/03/1/03.4450.071.02/01 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. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia złożonego odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips (1)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: 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 wobec 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 6 egz.:

1. Odwołująca reprezentowana przez Adwokata Tytusa Jęcz, Brykczyński i Partnerzy
Adwokacka Spółka Partnerska, ul. Libelta 29a/4, 61-707 Poznań - 1 egz.,
2. Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością, ul. Piastów 16,
62-300 Września – 1 egz.
3. Leszczyńskie Centrum Medyczne "Ventriculus" Spółka z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100
Leszno – 1 egz.
4. Med-Polonia Sp. z o.o., ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań – 1 egz.,
5. a/a – 2 egz.