

WO.422.61.2018

Poznań, dnia 19 czerwca 2018 r.

DECYZJA NR 56/2018/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 odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, Miasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego, wniesionych odrębnie przez OKULUS Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Częstochowskiej 71-75, KALMEDICA Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Częstochowskiej 71-75 oraz Visus Kal Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Poznańskiej 23, postanawiam:

- I. oddalić w całości odwołanie wniesione przez OKULUS Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Częstochowskiej 71-75,**
- II. oddalić w całości odwołanie wniesione przez KALMEDICA Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Częstochowskiej 71-75,**
- III. oddalić w całości odwołanie wniesione przez Visus Kal Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Poznańskiej 23.**

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 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, Miasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego. W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 3 000 000,00 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 4 (słownie: cztery).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 21 maja 2018 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

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

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

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

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

W dniu 29 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęły odwołania wniesione odrębnie przez OKULUS Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Częstochowskiej 71-75 (zwanego dalej: „Odwołującym OKULUS”) oraz KALMEDICA Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Częstochowskiej 71-75 (zwanego dalej: „Odwołującym KALMEDICA”), dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01. Odwołania powyższe, wobec nadania ich w placówce operatora Poczta Polska w dniu 28 maja 2018 r., wniesione zostały w terminie.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia postanowieniem z dnia 30 maja 2018 r. nr 25/2018/O połączył ww. sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Zauważania wymaga, że treść odwołań złożonych przez Odwołującego OKULUS i Odwołującego KALMEDICA była identyczna.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, Odwołujący OKULUS i Odwołujący KALMEDICA zarzucili:

- naruszenie elementarnej zasady sprawiedliwego i obiektywnego podziału środków pomiędzy wyłonionych w toku postępowania oferentów, proporcjonalnego – zgodnego z rankingiem ofert i ilością uzyskanych punktów rankingujących,
- naruszenie zasady obiektywnej oceny posiadanego potencjału wykonawczego, kompleksowości, ciągłości i wielkości możliwości zrealizowania kontraktu w kolejnych okresach rozliczeniowych na podobnym, bądź wyższym poziomie przez pryzmat dotychczasowej realizacji kontraktu w przedmiotowym zakresie,
- naruszenie zasady równego traktowania wszystkich podmiotów – przeprowadzania i oceniania ofert i podziału środków pomiędzy wyłonionych oferentów we wszystkich postępowaniach konkursowych danego rodzaju, według jednolitych reguł, zasad i kryteriów ocen.

Ponadto Odwołujący OKULUS i Odwołujący KALMEDICA podnieśli, iż niewłaściwe działanie Komisji konkursowej doprowadziło do przyznania nieadekwatnych (zbyt niskich) środków w stosunku do pozostałych oferentów, co w rażący sposób narusza ich interes prawny.

Odwołujący OKULUS i Odwołujący KALMEDICA zażądali przyznania większych środków finansowych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie poprzez dokonanie ponownego ich podziału, zgodnie z uzyskaną pozycją w rankingu ofert oraz proporcjonalnie do ilości uzyskanych punktów rankingujących.

W dniu 29 maja 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo podmiotu Visus Kal Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu przy ul. Poznańskiej 23, z którego treści nie wynikało w sposób jednoznaczny, czy stanowić ma ono odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01. Wobec powyższego Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wezwał podmiot Visus Kal Spółka z o.o. do wskazania, czy przedmiotowe pismo stanowi odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, Miasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego. W dniu 7 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo podmiotu Visus Kal Spółka z o.o. (zwanego dalej: Odwołującym Visus Kal), w którym wskazano, iż pismo kierowane do Komisji konkursowej należy traktować jako odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01. Mając na względzie datę nadania pierwotnego pisma (26 maja 2018 roku), odwołanie zostało wniesione w terminie.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia postanowieniem z dnia 8 czerwca 2018 r. nr 26/2018/O połączył ww. sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Odwołujący Visus Kal podniósł, iż nie zgadza się ze stanowiskiem komisji konkursowej w zakresie oddalenia jego protestu, wniesionego na skutek odrzucenia jego oferty z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego na dzień otwarcia ofert. Odwołujący podniósł, iż w jego opinii warunek zapewnienia transportu sanitarnego w okresie udzielania świadczeń zdrowotnych został spełniony, bowiem do oferty zostały załączone umowy o świadczenie usług transportowych z podmiotami: Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ART&MED” oraz Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrzowie Wlkp., w której to strony jednoznacznie rozumiały, iż usługi transportu będą świadczone całodobowo w dni robocze oraz w soboty i dni świąteczne. Zdaniem

Odwołującego Visus Kal spełniał on zatem wymóg formalny dotyczący zapewnienia transportu sanitarnego, a protest został niesłusznie oddalony.

Jednocześnie Odwołujący Visus Kal nadmienił, że od lat wykonuje zabiegi okulistyczne w ramach chirurgii jednego dnia, jest jednostką wyposażoną w nowoczesny i wysokospecjalistyczny sprzęt chirurgiczny, co dodatkowo potwierdziły kontrole Narodowego Funduszu Zdrowia, a ponadto zatrudnia specjalistów cieszących się wysokim zaufaniem pacjentów, o czym świadczą listy oczekujących na zabieg w tej placówce.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań wniesionych przez Odwołujących, pismami z dnia 30 maja 2018 roku oraz 8 czerwca 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołujących oraz pozostałe podmioty, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „k.p.a.”, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 19 czerwca 2018 r.

W dniu 7 czerwca 2018 roku z uprawnienia wglądu do akt sprawy skorzystał oferent CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażant Sp. J. z siedzibą w Kaliszu przy ul. Kwiatowej 1, natomiast w dniu 18 czerwca 2018 r. Odwołujący Visus Kal.

Na skutek złożonych odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania numer 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, Miasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołujących w złożonych przez nich odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 oraz dokumentacja sporządzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, Miasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego, złożonych zostało 6 ofert (słownie: sześć):

1. Oferta „ORT-MEDICA” Spółka z o.o., ul. Brzozowa 7, 63-400 Ostrów Wlkp.,
2. Oferta Visus Kal Spółka z o.o., ul. Poznańska 23, 62-800 Kalisz,
3. Oferta CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażant Sp. J., ul. Kwiatowa 1, 62-800 Kalisz,

4. Oferta Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wlkp.,
5. Oferta OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
6. Oferta KALMEDICA Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz.

Postępowanie nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, Maiasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2295);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2017 roku, poz. 44);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie o numerze 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała oferentów do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia ofert.

Komisja konkursowa odrzuciła ofertę złożoną przez „ORT-MEDICA” Spółka z o.o. z siedzibą w Ostrowie Wlkp., przy ul. Brzozowej 7 oraz ofertę złożoną przez Odwołującego Visus Kal.

Odrzucenie oferty Odwołującego Visus Kal nastąpiło z uwagi na niespełnienie warunku wymaganego w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego na dzień otwarcia ofert w przedmiotowym postępowaniu, tj. 29 marca 2018 roku i w czasie odpowiadającym czasowi udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w harmonogramie pracy. Zgodnie ze stanowiskiem komisji konkursowej, podjętym na podstawie dokumentów przedłożonych przez Odwołującego Visus Kal wraz z ofertą oraz w trybie uzupełnienia braków formalnych ofert, ze zgromadzonych dokumentów nie wynikało, aby warunek wymagany zapewnienia

transportu sanitarnego został spełniony. Odwołujący Visus Kal załączył do oferty umowę zwartą z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, w której znajdował się zapis, że podmiot ten zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy całodobowo w soboty oraz w dni ustawowo wolne od pracy oraz umowę zawartą z Arturem Tarasiewiczem Niepubliczny Specjalisyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ART&MED”, w której zleceniobiorca zobowiązał się do świadczenia przedmiotu umowy od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00. Zgodnie natomiast z harmonogramem pracy, deklarowanym w ofercie Odwołującego Visus Kal, zobowiązał się do świadczenia usług w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w poniedziałki i piątki w godzinach od 12.00 do 21.00, we wtorki w godzinach od 14.00 do 21.00 oraz w soboty od 8.00 do 21.00. W dniu 19 kwietnia 2018 roku Odwołujący Visus Kal przedłożył komisji konkursowej aneks do umowy zawartej w dniu 7 lutego 2018 roku z Arturem Tarasiewiczem Niepubliczny Specjalisyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ART&MED”, podpisany w dniu 18 kwietnia 2018 r., z którego wynikało, że wykonawca zobowiązuje się do świadczenia usług w zakresie transportu sanitarnego od poniedziału do piątku w godz. Od 8.00 do 21.00. Aneks został podpisany już po otwarciu ofert w przedmiotowym postępowaniu. Zgodnie z oceną komisji konkursowej, z przedłożonych dokumentów nie wynikało, aby zapewniono usługę transportu sanitarnego w dniu powszednie od godz. 18.00 do godz. 21.00., a tym samym by Odwołujący Visus Kal spełniał warunek wymagany w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego na dzień otwarcia ofert, tj. 29 marca 2018 r.

Odwołujący Visus Kal wniósł protest na czynność komisji konkursowej, bowiem w jego ocenie odrzucenie oferty było niezasadne. Według Odwołującego Visus Kal z umowy zawartej z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski jednoznacznie wynikało, iż warunek ten został spełniony w całości. Protest Odwołującego Visus Kal został oddalony w dniu 11 maja 2018 r. Na tę czynność komisji konkursowej Odwołujący Visus Kal również wniósł protest. Ostatecznie komisja konkursowa postanowiła o oddaleniu protestu w dniu 17 maja 2018 r.

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

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez pozostałych oferentów zakwalifikowanych do części niejawniej postępowania nie skutkowało dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów:

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń:
 - tak (9,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

- równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- pielęgniarka – równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:
 - stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - aparat GDX lub HRT lub OCT – w lokalizacji:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- c) kategorii „Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania”:
 - Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia”:
 - certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- e) kategorii „Wyniki kontroli”:
 - udzielenie świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - obciążenie świadczeniodawców kosztami leków, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:

- tak (1,00 punkt ujemny);
- nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (3,00 punkty ujemne)
 - nie (brak punktów);

- f) kategorii „realizacja wybranych świadczeń”:
- wykonanie w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- g) kategorii „Pozostałe warunki”:
- zautomatyzowany system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - świadczeniodawca prowadzi historię choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „Dostępność”:
- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - całodobowe laboratorium – w lokalizacji:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Harmonogram czasu pracy”:
- dostępność miejsca udzielania świadczeń [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie tygodniowo (1,00 punkt);
 - powyżej 25 godzin do 35 godzin włącznie tygodniowo (2,00 punkty);
 - powyżej 35 godzin tygodniowo (3,00 punkty);
3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „Kompleksowość – poradnie/oddziały/pracownie”:
- realizacja umowy w zakresie okulistyki lub okulistyki dziecięcej w poradni przyszpitalnej:
 - tak (9,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Dostęp do badań i zabiegów”:
- realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (1,00 punkt);

- nie (brak punktów);
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);
 - nieprzerwanie od 10 lat (3,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
5. Inne warunki oceniane w:
- a) kategorii „Współpraca z Agencją”:
- świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 roku:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Opinia wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia”:
- brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach
 - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania:
 - tak (8,00 punktów ujemnych);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nie dotyczy (brak punktów ujemnych);
6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 20,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 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} - $1,1 \times C_{NFZ}$,

C_{min} - $0,9 \times C_{NFZ}$,

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

s – maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,

A – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} < C_{min}$,

B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} \geq C_{min}$.

Mając na celu zachowanie zasady uczciwej konkurencji i równego traktowania świadczeniodawców komisja konkursowa podejmowała szereg uchwał, także w zakresie oceny ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01.

Uchwały zostały podjęte w szczególności w przedmiocie:

1. sposobu dokonania podziału środków finansowych, określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert, w celu złożenia propozycji wartości świadczeń dla oferty (uchwała z dnia 8 maja 2018 r.),
2. trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytanie zawarte w Formularzu Ofertowym w rozdziale 4.1 Ciągłość, z uwagi na wystąpienie przerwy w ciągłości obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 19 lutego 2012 r. (uchwała z dnia 27 kwietnia 2018 r.),
3. trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym, skutkujące dodaniem lub odjęciem punktów za kryteria rankingujące albo odrzuceniem oferty (uchwała z dnia 27 kwietnia 2018 r.),
4. oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością w zakresie nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (uchwała z dnia 26 kwietnia 2018 r.),
5. sposobu przeprowadzania weryfikacji ofert pod względem merytorycznym, w tym spełnienia warunków wymaganych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz warunków rankingujących określonych 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 (uchwała z dnia 4 kwietnia 2018 r.).

W dniu 21 maja 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatów: jarocińskiego, kaliskiego, Miasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego, wskazano 4 (słownie: czterech) oferentów:

- CALISIA – Józef Bażant, Piotr Bażant Sp. J., ul. Kwiatowa 1, 62-800 Kalisz
- KALMEDICA Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wlkp.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY										
(dane z oferty końcowej po negocjacjach, status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)										
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CENA JEDNO STKI ROZLI CZ. (ZŁ)	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. OKULUS Spółka z o.o.	ul. Śródmiejska 34 62-800 Kalisz	0,90	20,00	42,00	9,00	6,00	3,00	1,00	81,00	TAK
2. KALMEDICA Spółka z o.o.	ul. Częstochowska 71-75 62-800 Kalisz	0,90	20,00	42,00	9,00	6,00	3,00	0,00	80,00	TAK
3. CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażant Sp. J.	ul. Kwiatowa 1 62-800 Kalisz	0,90	20,00	25,00	9,00	6,00	3,00	0,00	63,00	TAK
4. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wlkp.	ul. Limanowskiego 20/22 63-400 Ostrów Wlkp.	0,90	20,00	20,00	0,00	11,00	0,00	0,00	51,00	TAK

Oferta Odwołującego Visus Kal nie została uwzględniona w powyższym rankingu, bowiem została odrzucona przez komisję konkursową z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego w czasie odpowiadającym czasowi pracy, wynikającego z harmonogramu dostępności zakresu, określonego w treści jej oferty.

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

z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2295);

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, udzielali następujących odpowiedzi:

Odwołujący OKULUS Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel:
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 9,00 punktów;**
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co otrzymał 6,00 punktów;**
 - zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 4,00 punkty;**
 - zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna:
 - zadeklarował posiadanie stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1,00 punkt;**
 - zadeklarował aparat GDX lub HRT lub OCT – w lokalizacji, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
- 3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:
 - zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
 - zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co otrzymał 1,00 punkt;**
- 4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia – określona w tabeli nr 5 Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia zakres 5 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – Okulistyka/Okulistyka dzieci” lp. I kryterium Jakość:
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymał punktów;**
- 5) kategoria 5. Wyniki kontroli:
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego

w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**

6) kategoria 6. Realizacja wybranych świadczeń:

- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry, **za co otrzymał 6,00 punktów;**

7) kategoria 7. Pozostałe warunki:

- zadeklarował posiadanie zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, **za co otrzymał 2,00 punkty**,
- zadeklarował prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co otrzymał 5,00 punktów**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3,00 punkty**;
- nie zadeklarował posiadania całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów**,

2) kategoria 2. Harmonogram czasu pracy:

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

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

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

2) kategoria 2. Dostęp do badań i zabiegów:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, **za co otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat” – **w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez komisję konkursową ustalono, iż wystąpiła przerwa w ciągłości obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 19 lutego 2012 r., dokonano zmiany na „nieprzerwanie od 5 lat”, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów**,

V. W zakresie innych warunków:

1) kategoria 1. Współpraca z Agencją:

- zadeklarował, że przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 roku, **za co otrzymał 1,00 punkt,**

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

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

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

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

Odwołujący KALMEDICA Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakości:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 9,00 punktów;**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co otrzymał 6,00 punktów;**
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 4,00 punkty;**
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2,00 punkty;**

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna:

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

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co otrzymał 1,00 punkt;**

4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia – określona w tabeli nr 5 Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia zakres 5 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – Okulistyka/Okulistyka dzieci” lp. I kryterium Jakość:

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

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**

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

6) kategoria 6. Realizacja wybranych świadczeń:

- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry, **za co otrzymał 6,00 punktów;**

7) kategoria 7. Pozostałe warunki:

- zadeklarował posiadanie zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, **za co otrzymał 2,00 punkty,**
- zadeklarował prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co otrzymał 5,00 punktów;**

II. W zakresie kryterium dostępność:

3) kategoria 1. Dostępność:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3,00 punkty;**
- nie zadeklarował posiadania całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 2. Harmonogram czasu pracy:

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

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

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

b. kategoria 2. Dostęp do badań i zabiegów:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

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

V. W zakresie innych warunków:

3) kategoria 1. Współpraca z Agencją:

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

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

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

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

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

Oferent CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażant Sp.J.:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 9,00 punktów**;
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co otrzymał 6,00 punktów**;
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 2,00 punkty**;

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 4,00 punkty;**
 - zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna:
- zadeklarował posiadanie stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co otrzymał 1,00 punkt;**
 - zadeklarował aparat GDX lub HRT lub OCT – w lokalizacji, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
- 3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:
- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
 - nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- 4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia – określona w tabeli nr 5 Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia zakres 5 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – Okulistyka/Okulistyka dzieci” lp. I kryterium Jakość:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymał punktów;**
- 5) kategoria 5. Wyniki kontroli:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – **w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez komisję konkursową, na podstawie danych zgromadzonych w systemach informatycznych oraz po wezwaniu oferenta do złożenia wyjaśnień, dokonano zmiany odpowiedzi na „TAK”, co skutkowało odjęciem 3,00 punktów;**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**

6) kategoria 6. Realizacja wybranych świadczeń:

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

7) kategoria 7. Pozostałe warunki:

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

II. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3,00 punkty;**
- nie zadeklarował posiadania całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**

2) kategoria 2. Harmonogram czasu pracy:

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

III. W zakresie kryterium kompleksowości:

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

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

b) kategoria 2. Dostęp do badań i zabiegów:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłości:

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

V. W zakresie innych warunków:

1) kategoria 1. Współpraca z Agencją:

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

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

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażant Sp. J. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **20,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymał 9,00 punktów;**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - **w wyniku weryfikacji przeprowadzonej przez komisję konkursową, na podstawie oświadczenia oferenta, dokonano zmiany odpowiedzi na „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankigujące,**
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymał 2,00 punkty;**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymał 4,00 punkty;**
- zadeklarował pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co otrzymał 2,00 punkty;**

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna:

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

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

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

4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia – określona w tabeli nr 5 Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia zakres 5 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – Okulistyka/Okulistyka dzieci” lp. I kryterium Jakość:

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

5) kategoria 5. Wyniki kontroli:

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

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

6) kategoria 6. Realizacja wybranych świadczeń:

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

7) kategoria 7. Pozostałe warunki:

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

II. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymał 3,00 punkty;**
- zadeklarował posiadanie całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co otrzymał 5,00 punktów,**

2) kategoria 2. Harmonogram czasu pracy:

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

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie okulistyki lub okulistyki dziecięcej w poradni przyszpitalnej, **za co otrzymał nie otrzymał punktów;**

b) kategoria 2. Dostęp do badań i zabiegów:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- Nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, **za co otrzymał nie otrzymał punktów,**
- Nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat” – **za co onie otrzymał punktów;**

V. W zakresie innych warunków:

1) kategoria 1. Współpraca z Agencją:

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

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

- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach – dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej

objęte przedmiotem postępowania, zaznaczył odpowiedź „nie dotyczy”, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**

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

W zakresie kryterium ceny oferent Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **20,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Z uwagi na fakt, iż oferta Odwołującego Visus Kal została odrzucona z powodu niespełnienia warunku wymaganego w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego, nie została zakwalifikowana do części niejawnego postępowania, a tym samym nie ujęto tej oferty w rankingu końcowym. Jednakże w związku z wniesionym odwołaniem, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia punktację, którą oferta uzyskałaby, gdyby podlegała ocenie, przy jednoczesnym założeniu, iż spełniałaby wszystkie zadeklarowane warunki:

Odwołujący Visus Kal Spółka z o.o.

I. W zakresie kryterium jakości:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, **za co otrzymałby 9,00 punktów;**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **za co otrzymałby 6,00 punktów;**
- zadeklarował pielęgniarkę – równoważnik co najmniej 1 etatu, **za co otrzymałby 2,00 punkty;**
- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, **za co otrzymałby 4,00 punkty;**
- nie zadeklarował pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki, **za co nie otrzymałby punktów,**

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna:

- nie zadeklarował posiadania stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi, **za co nie otrzymałby punktów,**
- zadeklarował aparat GDX lub HRT lub OCT – w lokalizacji, **za co otrzymałby 2,00 punkty;**

3) kategoria 3. Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

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

- 4) kategoria 4. Zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia – określona w tabeli nr 5 Leczenie szpitalne – leczenie jednego dnia zakres 5 „Przedmiot postępowania: Zespół chirurgii jednego dnia – Okulistyka/Okulistyka dzieci” lp. I kryterium Jakość:
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, **za co nie otrzymałby punktów;**
- 5) kategoria 5. Wyniki kontroli:
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, **co skutkowało by 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 by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **co skutkowało by nieprzyznaniem punktów ujemnych;**

6) kategoria 6. Realizacja wybranych świadczeń:

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

7) kategoria 7. Pozostałe warunki:

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

II. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, **za co otrzymałby 3,00 punkty;**
- nie zadeklarował posiadania całodobowego laboratorium – w lokalizacji, **za co nie otrzymałby punktów,**

2) kategoria 2. Harmonogram czasu pracy:

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

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

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

b) kategoria 2. Dostęp do badań i zabiegów:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, **za co otrzymałby 1,00 punkt;**

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

V. W zakresie innych warunków:

1) kategoria 1. Współpraca z Agencją:

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

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

- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach – dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, zaznaczył odpowiedź „nie dotyczy”, **za co nie otrzymałby punktów ujemnych.**

Ponadto w zakresie warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania, co w konsekwencji zostało zakwestionowane przez komisję konkursową, z uwagi na niespełnienie warunku wymaganego w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego i miało skutek w postaci odrzucenia oferty.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący Visus Kal zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymałby 20,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Mając na względzie, iż Odwołujący OKULUS oraz Odwołujący KALMEDICA złożyli identyczne w treści odwołania, a tym samym podnieśli tożsame zarzuty co do rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia postanowił rozpatrzyć je łącznie.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego OKULUS oraz Odwołującego KALMEDICA, należy wskazać, co następuje.

W zakresie zarzutu dotyczącego naruszenia zasady sprawiedliwego i obiektywnego podziału środków finansowych pomiędzy wyłonionych oferentów, z uwzględnieniem proporcjonalności w stosunku do pozycji oferty w końcowym rankigu ofert, podkreślenia wymaga, iż komisja konkursowa podjęła w tym zakresie uchwałę z dnia 8 maja 2018 r. w przedmiocie sposobu dokonania podziału środków finansowych, określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert. W myśl rzeczony uchwały, wyjściową wartość świadczeń dla oferty określano jako iloraz wartości zamówienia i maksymalnej liczby umów, wskazanej w ogłoszeniu o konkursie ofert z dnia 13 marca 2018 r. Następnie dokonywano umniejszenia wartości wyjściowej o wartość obliczoną z uwzględnieniem łącznej oceny oferty uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych, zgodnie z zasadami:

- umniejszenie o 2,5 % wartości świadczeń w przypadku różnicy w ocenie oferty w stosunku do oferty znajdującej się wyżej w rankingu, nie mniejszej niż 5 punktów,
- umniejszenie o 5 % wartości świadczeń w przypadku różnicy w ocenie oferty w stosunku do oferty znajdującej się wyżej w rankingu, równej/większej niż 5 punktów, a mniejszej niż 10 punktów,
- umniejszenie o 10 % wartości świadczeń w przypadku różnicy w ocenie oferty w stosunku do oferty znajdującej się wyżej w rankingu, równej/większej niż 10 punktów.

W oparciu o zapisy uchwały, określenie końcowej wartości świadczeń dla oferty następowało poprzez przyjęcie wartości określonej po dokonaniu ww. umniejszeń, powiększonej o iloraz wartości pozostałej w wyniku dokonanych obliczeń oraz maksymalnej liczby umów, zgodnie z ogłoszeniem o konkursie z tym jednak zastrzeżeniem, iż propozycja wartości świadczeń dla oferty nie mogła być większa niż wartość świadczeń określona w ofercie. Końcowa liczba świadczeń dla oferty została określona jako iloraz wartości określonej zgodnie z ww. obliczeniami i ceny jednostkowej świadczenia wskazanej w ofercie.

Mając na względzie powyższe ustalenia, sposób podziału środków finansowych w postępowaniu nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 przedstawiał się następująco:

Wartość wyjściowa dla oferty wynosiła odpowiednio dla zakresu podstawowego – 58 250,00 zł oraz dla zakresu skojarzonego – 691 750,00 zł. Powyższe obliczono w oparciu o iloraz wartości zamówienia oraz maksymalnej liczby umów określonej w ogłoszeniu o konkursie ofert. Umniejszenie odnosiło się zawsze do wartości proponowanej dla oferty, która uzyskała o jedno miejsce wyżej w rankingu, o kwotę obliczoną od wartości wyjściowej dla każdego z zakresów. Należy wskazać, iż kwota umniejszenia dla zakresu podstawowego wyniosła: 2,5 % - 1 456,25 zł, 5 % - 2 912,50 zł, 10 % - 5 825,00 zł, zaś dla zakresu skojarzonego odpowiednio: 17 293,75 zł, 34 587,50 zł oraz 69 175,00 zł.

Wobec powyższego wstępne obliczenia pozwoliły na ustalenie następujących wartości:

- Odwołujący OKULUS: 58 250,00 zł dla zakresu podstawowego, 691 750,00 zł dla zakresu skojarzonego,
- Odwołujący KALMEDICA: 56 793,75 zł dla zakresu podstawowego, 674 456,25 zł dla zakresu skojarzonego (wartość pomniejszona o 2,5 % w stosunku do oferty Odwołującego OKULUS, z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 1,00 punktu),
- CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażany Sp. J.: 50 968,75 zł dla zakresu podstawowego, 605 281,25 zł dla zakresu skojarzonego (wartość pomniejszona o 10 % w stosunku do oferty Odwołującego KALMEDICA, z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 17,00 punktów),
- Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski: 45 143,75 zł dla zakresu podstawowego, 536 106,25 zł dla zakresu skojarzonego (wartość pomniejszona o 10 % w stosunku do oferty CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażant Sp. J., z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 12,00 punktów).

Po dokonaniu powyższych obliczeń, kwota jaka pozostała w stosunku do pierwotnej wartości zamówienia wyniosła: dla zakresu podstawowego – 21 843,75 zł (5 460,94 zł dla oferty), dla zakresu skojarzonego – 259 406,25 zł (64 851,56 zł dla oferty). Wartość dla jednej oferty została obliczona jako iloraz wartości pozostałej po dokonaniu umniejszeń oraz maksymalnej liczby umów określonej w ogłoszeniu o konkursie ofert.

Zgodnie z postanowieniami wspomnianej uchwały komisji konkursowej, określenie wartości świadczeń dla oferty wybranej w toku procedury konkursowej, nastąpiło poprzez zsumowanie wartości ustalonej po dokonaniu umniejszeń oraz pozostałej po dokonaniu tych obliczeń kwoty.

Ostateczny podział środków finansowych pomiędzy oferentów wybranych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół

chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, należy przedstawić następująco (według algorytmu opisanego w uchwale komisji konkursowej: iloraz wartości wstępnej powiększonej o wartość pozostałą i ceny jednostkowej świadczenia z oferty, a następnie iloczyn uzyskanej liczby świadczeń po zaokrągleniu do wartości całkowitej oraz ceny jednostkowej świadczenia z oferty): Odwołujący OKULUS: dla zakresu podstawowego 63 710,10 zł oraz dla zakresu skojarzonego 756 601,20 zł, Odwołujący KALMEDICA: dla zakresu podstawowego 62 253,90 zł oraz dla zakresu skojarzonego 739 307,70 zł, CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażant Sp.J.: dla zakresu podstawowego 56 429,10 zł oraz dla zakresu skojarzonego 670 132,80 zł, natomiast Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski: dla zakresu podstawowego 50 604,30 zł oraz dla zakresu skojarzonego 600 957,00 zł. Wartość zakupionych świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym postępowaniu wyniosła zatem 2 999 996,10 zł.

Mając powyższe na względzie nie sposób zgodzić się z Odwołującym OKULUS oraz Odwołującym KALMEDICA, jakoby komisja konkursowa naruszyła zasadę sprawiedliwego, zgodnego z pozycją w rankingu końcowym ofert, podziału środków finansowych. Z powyższych ustaleń jednoznacznie wynika, iż pozycja każdej oferty w rankingu miała istotne znaczenie dla określenia końcowej wartości świadczeń opieki zdrowotnej, przyznanej w toku negocjacji. Metoda umniejszania wartości wyjściowej w stosunku do oferty będącej wyżej w rankingu o wartość procentową ustaloną w oparciu o różnice wynikające z oceny oferty według kryteriów niecenowych, w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia została zastosowana prawidłowo. Różnica pomiędzy wartością świadczeń opieki zdrowotnej przyznaną Odwołującemu OKULUS w stosunku do trzeciego podmiotu wynosi blisko 94 000 zł, zaś w stosunku do ostatniego – ponad 168 000 zł, natomiast w przypadku Odwołującego KALMEDICA odpowiednio: ok. 75 000 zł oraz ponad 150 000 zł. Wskazania na marginesie wymaga, iż odwołania OKULUS i KALMEDICA zostały wniesione przez podmioty o tożsamej strukturze właścicielskiej. Działanie takie, co nie ulega wątpliwości, miało służyć pozyskaniu większej ilości środków finansowych od Oddziału Funduszu. W tej sytuacji mając na uwadze, że ww. podmioty zajęły pierwsze i drugie miejsce w rankingu końcowym i uzyskały łącznie ponad 54 % wartości zamówienia, zarzuty naruszenia uczciwej konkurencji nie mogą się ostać, zwłaszcza w świetle argumentacji przedstawionej w niniejszej decyzji. Biorąc pod uwagę ograniczone środki finansowe, jakimi dysponuje Fundusz, nie można więc uznać dokonanego podziału za krzywdzący. Jednocześnie należy pamiętać, iż dokonywany podział musi uwzględniać rachunek ekonomiczny oraz realnie umożliwić udzielanie przez podmiot świadczeń opieki zdrowotnej w danym przedziale czasowym. Ponadto podkreślenia wymaga, iż w żadnym przypadku zaproponowana wartość kontraktu nie przekroczyła deklarowanej wartości wskazanej w ofercie poszczególnych podmiotów. Co więcej, Odwołujący OKULUS i KALMEDICA podpisali protokoły końcowe negocjacji jako stanowiska zbieżne, w których wskazano liczbę jednostek rozliczeniowych oraz wartość świadczeń w obu zakresach, co oznacza iż przystali na zaproponowane im warunki. Protokoły te posiadają jednocześnie zapisy mówiące o tym, że znajdują się tam ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, w zakresie liczby oraz ceny świadczeń.

Wobec powyższego zarzut Odwołującego OKULUS oraz Odwołującego KALMEDICA, jakoby komisja konkursowa rażąco niesprawiedliwie i błędnie dokonała podziału środków finansowych pomiędzy oferentów wybranych w postępowaniu konkursowym o nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01, należy uznać w całości za nieuzasadniony.

W odniesieniu do kolejnego zarzutu podniesionego przez Odwołujących OKULUS i KALMEDICA, a mianowicie, iż naruszono zasadę obiektywnej oceny posiadanego potencjału wykonawczego, kompleksowości, ciągłości i wielkości możliwości zrealizowania kontraktu w kolejnych okresach rozliczeniowych na podobnym lub wyższym poziomie, poprzez przyznanie dotychczasowej realizacji umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie należy podkreślić, iż zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania, a porównanie tych ofert następuje na podstawie art. 148 Ustawy, przy czym kryteria oceny określone są przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, eliminuje bowiem element subiektywny oceny dokonywanej przez komisję konkursową. Co więcej, poza zasadą jednolitości, powyższy przepis konstytuuje zasadę niezmienności kryteriów w toku prowadzonego postępowania. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszenia ww. przepisów prawa przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01. Ocena ofert złożonych przez Odwołujących OKULUS i KALMEDICA oraz przez pozostałe podmioty ubiegające się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym postępowaniu, została dokonana w oparciu o kryteria wynikające z ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia, na podstawie odpowiedzi udzielanych w ankiecie oraz informacji zgromadzonych w systemach informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, a także późniejszych wyjaśnień, składanych w trybie uzupełnienia braków formalnych. Dokonując weryfikacji oceny wszystkich ofert zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie stwierdził błędów w przyznaniu punktów oceny za poszczególne kryteria rankingujące. Porównanie wszystkich ofert złożonych w niniejszym postępowaniu nastąpiło również zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 Ustawy, bowiem komisja konkursowa nie zastosowała żadnych pozostawowych kryteriów oceny względem któregośkolwiek oferenta. Wobec powyższego zarzut Odwołujących OKULUS i KALMEDICA, jakoby komisja konkursowa naruszyła obiektywną ocenę posiadanego przez nich potencjału wykonawczego, pozostałych kryteriów niecenowych oraz dotychczasowy poziom realizacji kontraktu, należy uznać za chybiony. Oferta Odwołujących OKULUS i KALMEDICA została prawidłowo oceniona pod względem deklarowanych przez nich odpowiedzi na pytania ankietowe oraz późniejszej ich weryfikacji, a punkty w ramach kryteriów niecenowych, tj. jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości, zostały przyznane zgodnie z tym, co znalazło się w treści ankiety. Należy podkreślić, iż Odwołujący OKULUS i KALMEDICA uzyskali maksymalną liczbę punktów w zakresie deklarowanego personelu, o którym mowa w kryteriach rankingujących, najwyższe oceny w zakresie kryterium jakości udzielanych świadczeń, a ponadto przyznano im także punkty za ciągłość udzielania świadczeń oraz za realizację umowy w zakresie okulistyki lub okulistyki dziecięcej w poradni przyszpitalnej, co było jedną z dwóch kategorii kryterium kompleksowości. Nie sposób zatem stwierdzić, iż komisja konkursowa pominęła spełnianie przez Odwołujących OKULUS i KALMEDICA określonych kryteriów i nie przyznała należytej punktacji. Niemniej jednak, komisja konkursowa mogła dokonać takiej oceny wyłącznie w oparciu o kryteria rankingujące określone przez Ministra Zdrowia, nie zaś w oparciu o dowolne przesłanki. Obiektywizm dokonywanej oceny opiera się właśnie na stosowaniu tożsamyh kryteriów oceny względem każdego oferenta. Wobec powyższego, skoro w rzeczonym rozporządzeniu Ministra Zdrowia nie zawarto kryterium oceny oferty w postaci wielkości dotychczasowej realizacji kontraktu, to komisja konkursowa nie miała podstaw do dokonywania oceny oferty pod tym kątem.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego OKULUS i Odwołującego KALMEDICA dotyczącego naruszenia zasady równego traktowania wszystkich podmiotów – przeprowadzania i oceniania ofert oraz podziału środków finansowych według jednolitych reguł, zasad i kryteriów, należy wskazać co następuje. Art. 134 Ustawy stanowi, iż Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich

świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o czym była już mowa. W postępowaniu nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 jest to załącznik numer 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne”. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz ma obowiązek stosowania podczas oceny tych samych warunków w stosunku do wszystkich oferentów biorących w nim udział. W tej kwestii wypowiedział się również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, który w uzasadnieniu do wyroku z dnia 27 lutego 2012 r. VI SA/Wa 1854/11 wskazał, iż: *„Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”*

W przedmiotowym postępowaniu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie stwierdził, aby wspomniana zasada została naruszona, zarówno w kontekście dokonanej oceny ofert, jak również podczas podziału środków finansowanych pomiędzy poszczególnych wybranych w toku postępowania konkursowego oferentów. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zasady na jakich dokonano rozdziału środków finansowych, zwłaszcza wobec jednoznacznych zapisów w uchwale podjętej przez komisję konkursową i zastosowaniu przyjętych reguł w trakcie przedmiotowego postępowania, zostały określone w sposób uwzględniający ocenę ofert według rankingu końcowego, a tym samym słuszny interes wszystkich oferentów. Wobec powyższego zarzut Odwołującego OKULUS oraz Odwołującego KALMEDICA należy uznać w całości za nieuzasadniony.

Mając powyższe na względzie, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie znalazł podstaw do uwzględnienia odwołań wniesionych przez Odwołujących

OKULUS i KALMEDICA oraz ponownego przeprowadzenia postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, na obszarze powiatów jarocińskiego, kaliskiego, Miasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego, jak również do dokonania ponownego podziału środków finansowych pomiędzy wybranych świadczeniodawców i przyznania Odwołującym OKULUS i KALMEDICA większej wartości kontraktu. W oparciu o motywy wskazane w uzasadnieniu do rozpatrzonych w całości zarzutów Odwołujących OKULUS i KALMEDICA stwierdzić należy, iż wartość przyznanych im środków finansowych jest wartością maksymalną, ustaloną w oparciu o wartość zamówienia wskazaną w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym, jak również po uwzględnieniu oceny ofert wybranych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ujawnionej w rankingu końcowym do przedmiotowego postępowania.

W zakresie odwołania wniesionego przez Odwołującego Visus Kal, wskazać należy co następuje.

Zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, odrzuca się ofertę jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. W § 8 ust. 2 i 3 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) wskazano, iż świadczeniodawca, w przypadkach określonych w ustawie oraz przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy. Transport zaś odbywa się środkami transportu sanitarnego, o których mowa w art. 161ba ustawy, i w składzie osobowym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy lub ustalonym z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości udzielania świadczeń, gwarantującymi najkrótszy czas transportu świadczeniobiorcy, odpowiedni do jego stanu zdrowia. Powyższe oznacza, iż świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy z Funduszem, ma obowiązek zapewnić transport sanitarny w godzinach pracy placówki, zgodnie z ustalonym harmonogramem, który również jest określany w ofercie.

Składając ofertę w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o numerze 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01, Odwołujący Visus Kal oświadczył, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania. W kontekście powyższego, załączył do oferty umowy z podwykonawcami, w tym w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego w myśl § 8 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przedłożył: Umowę na świadczenie usługi w zakresie transportu sanitarnego zawartą w dniu 12 lutego 2018 r. z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, gdzie w § 2 ust. 1 strony ustaliły, iż wykonawca zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy „całodobowo w soboty oraz w dni ustawowo wolne od pracy” oraz Umowę o współpracę w zakresie świadczenia usług medycznych w rodzaju transport sanitarny zawartą w dniu 7 lutego 2018 r. z Arturem Tarasiewiczem Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ART&MED” z siedzibą w Kaliszu, z której wynika, iż „zleceniobiorca deklaruje gotowość do świadczenia

usług transportu sanitarnego od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00". W związku z uprawnieniem komisji konkursowej, wynikającym z § 17 ust. 2 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.), do przeprowadzania weryfikacji oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, Odwołujący Visus Kal został wezwany do złożenia wyjaśnień i przedłożenia dokumentów w odniesieniu do sposobu zabezpieczenia warunku określonego w § 8 ust. 2 i 3 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w godzinach deklarowanego harmonogramu pracy placówki w dni robocze od 18.00 do 21.00, bowiem z ww. umów nie wynikało, aby wskazany warunek został spełniony w całości. W odpowiedzi Odwołujący Visus Kal przedłożył w dniu 19 kwietnia 2018 roku aneks do umowy o współpracę w zakresie świadczenia usług medycznych w rodzaju transport sanitarny zawartej w dniu 7 lutego 2018 r. z Arturem Tarasiewiczem Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ART&MED” z siedzibą w Kaliszu, podpisany dzień wcześniej – 18 kwietnia 2018 r. w przedmiocie zobowiązania zleceniobiorcy do świadczenia usług transportu sanitarnego od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 21.00. W wyjaśnieniu złożonym do wezwania Odwołujący Visus Kal powołał wyłącznie wspomniany aneks do umowy z dnia 18 kwietnia 2018 r. Na podstawie uzyskanych informacji, w dniu 27 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa odrzuciła ofertę Odwołującego Visus Kal mając na względzie zasadę, zgodnie z którą ocena prawdziwości oświadczeń zawartych w ofercie składanej w postępowaniu konkursowym o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest dokonywana najpóźniej na dzień otwarcia ofert, co w przypadku przedmiotowego postępowania nastąpiło w dniu 29 marca 2018 r. Komisja konkursowa dwukrotnie podtrzymała swoje stanowisko rozpatrując złożone przez Odwołującego Visus Kal protesty. Co istotne, protesty Odwołującego Visus Kal oparte były wyłącznie na sposobie interpretowania przez niego zapisu § 2 ust. 1 umowy zawartej w dniu 12 lutego 2018 r. z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, który według Odwołującego Visus Kal należy rozumieć: „całodobowo od poniedziałku do piątku oraz w soboty i dni świąteczne”. Ten argument został powtórzony również w złożonym odwołaniu.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po dokonaniu analizy treści oferty Odwołującego Visus Kal, załączonych do niej dokumentów, a także późniejszych czynności komisji konkursowej stwierdza, iż oferta Odwołującego Visus Kal podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, a zatem postępowanie komisji konkursowej w tym zakresie było zasadne. Nie można zgodzić się z Odwołującym Visus Kal, że warunek wymagany w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego, w świetle jego oferty, załączonych umów o podwykonawstwo oraz dokumentów przedłożonych w toku postępowania na wezwanie komisji konkursowej, został spełniony w całości. Odwołujący Visus Kal zadeklarował pracę placówki w dni robocze w godzinach od 12.00 do 21.00 oraz od 14.00 do 21.00, natomiast z żadnego dokumentu złożonego w toku postępowania nie wynikało, aby dysponował możliwością realizacji transportu sanitarnego w tym samym wymiarze. Fakt przedłożenia aneksu do umowy o świadczenie usług w zakresie transportu sanitarnego, który został podpisany tuż przed przesłaniem wyjaśnień do komisji konkursowej, pozostaje bez znaczenia bowiem, tak jak wspomniano, prawdziwość oświadczeń i dokumentów jest weryfikowana najpóźniej na dzień otwarcia ofert, co wynika przede wszystkim z art. 61 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Ponadto podnoszone przez Odwołującego Visus Kal rozumienie umowy zawartej z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, pomimo wyraźnego i w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jednoznacznego zapisu: „całodobowo w soboty oraz w dni ustawowo wolne

od pracy”, odnosiło się również całodobowo do dni roboczych, nie może się ostać. Jak wspomniano, z przytoczonego zapisu rzeczony umowy w sposób nie budzący wątpliwości wynika, iż dotyczy ona zobowiązania wykonawcy do realizowania usług w zakresie transportu sanitarnego wyłącznie w soboty i dni ustawowo wolne od pracy w wymiarze 24 godzin, nie zaś w dniach od poniedziałku do piątku. Istotne jest również to, iż Odwołujący Visus Kal stwierdzając, że strony rzeczony umowy w sposób jednoznaczny rozumiały, że usługa transportu świadczona będzie całodobowo w dni robocze, w sobotę oraz w dni świąteczne, nie poparł tego stanowiska żadnym dokumentem, z którego mogłoby wynikać, że druga strona pojmuje literalny zapis umowy w identyczny sposób. Należy w tym kontekście przyjąć, iż w przypadku oświadczeń woli ujętych w formie pisemnej sens tych oświadczeń ustala się, przyjmując za podstawę wykładni przede wszystkim tekst dokumentu, w którym te oświadczenia zostały zawarte. Podstawowe znaczenie mają w tym przypadku językowe reguły znaczeniowe, a znaczenie poszczególnych wyrażen odczytuje się z uwzględnieniem kontekstu całej umowy i okoliczności, w jakich oświadczenie woli zostało złożone. Zdaniem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia treść umowy, na którą powołuje się Odwołujący Visus Kal jest na tyle jednoznaczna, że nie można traktować jej postanowień rozszerzająco, a w tym przypadku rozciągać zobowiązania zleceniobiorcy również na dni robocze w wymiarze całodobowym, skoro wspomniany dokument nie zawiera takiego zapisu i skoro zapis ten pojawił się w aneksie do umowy z drugim podwykonawcą dopiero w dniu 18 kwietnia 2018 roku.

Jednocześnie w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, postępowanie Odwołującego Visus Kal po otrzymaniu przez niego wezwania komisji konkursowej do przedłożenia dokumentu potwierdzającego zabezpieczenie realizacji transportu sanitarnego w dni powszednie od godz. 18.00 do godz. 21.00, który przedłożył wówczas podpisany zaledwie dzień wcześniej aneks do umowy dnia 7 lutego 2018 r. zawartej z drugim podwykonawcą, jednoznacznie potwierdziło, iż zapis § 2 ust. 1 umowy zawartej z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski zrozumiał tak, jakie jest literalne brzmienie tego postanowienia, a zatem w sposób identyczny jak komisja konkursowa. Nie sposób bowiem racjonalnie wytłumaczyć zachowania Odwołującego Visus Kal w postaci przedkładania nowego dokumentu, nieistniejącego w chwili sporządzania oferty i na dzień jej otwarcia. Powyższe działanie w sposób oczywisty musiało skutkować odrzuceniem oferty w postępowaniu konkursowym. Dopiero po odrzuceniu oferty Odwołujący Visus Kal rozpoczął prezentowanie argumentacji dotyczącej własnego rozumienia postanowień umowy zawartej z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski i w dalszych pismach podnosił, iż od początku zapis umowy rozumiał w przedstawiony przez siebie sposób. Oczywista niekonsekwencja Odwołującego Visus Kal jest, zdaniem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, przejawem nierzetelnego przygotowania przez niego oferty i naruszenia wymogów staranności w tym zakresie. Oferent ponosi wszelką odpowiedzialność za treść swojej oferty, w tym również za dokumenty będące jej integralną częścią. W sposób ewidentny zauważalne jest, że podpisane przez Odwołującego Visus Kal umowy o podwykonawstwo w zakresie zapewnienia realizacji transportu sanitarnego, nie przystawały do założonego harmonogramu dostępności placówki w danym zakresie, natomiast próba narzucenia komisji konkursowej, a następnie Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia własnego sposobu interpretacji zapisu umowy z dnia 12 lutego 2018 r., może być odczytana wyłącznie jako krok ostatniej szansy. Należy stanowczo podkreślić, iż zastosowanie w tej kwestii jakiegokolwiek przejawu uznania administracyjnego organu administracji publicznej jest niedopuszczalne i stanowiłoby naruszenie interesów pozostałych oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu. Podsumowując, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie podzielił stanowiska Odwołującego Visus Kal i stwierdził, że odrzucenie jego oferty było zasadne.

Podkreślenia wymaga również, że w toku prowadzonego postępowania odwoławczego na uznanie nie zasługują powołane przez Odwołującego Visus Kal zadowolenie pacjentów ze świadczonych usług oraz kolejki oczekujących na zabiegi, ponieważ żadne z kryteriów stanowiących podstawę do zawarcia umowy nie obejmuje takiej oceny, zatem nie ma możliwości aby te względy mogły być podstawą do zmiany stanowiska w kwestii odrzucenia oferty Odwołującego Visus Kal.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionych odwołaniach nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 w sprawie zawarcia umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia, w tym okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 na obszarze powiatów jarocińskiego, kaliskiego, Miasta Kalisza, kępińskiego, krotoszyńskiego, ostrowskiego, ostrzeszowskiego i pleszewskiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000217/SZP/03/1/03.4600.032.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wnioszek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego żadnego z odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia żadnego z wniesionych odwołań. Wobec powyższego wszystkie odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych

..... Hanna Philips(2).....

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 1938 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

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

oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 7 egz.:

- 1) Odwołujący OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- 2) Odwołujący KALMEDICA Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- 3) Odwołujący Visus Kal Spółka z o.o., ul. Poznańska 23, 62-800 Kalisz,
- 4) CALISIA Józef Bażant, Piotr Bażant Sp. J., ul. Kwiatowa 1, 62-800 Kalisz,
- 5) Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wlkp.,
- 6) 2 x a/a.

Oprac. Marta Węckowska