

25. 06. 2018

WO.422.54.2018

Poznań, dnia

DECYZJA NR 58/2018/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 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 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 ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, wniesionych odrębnie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim z siedzibą w Grodzisku Wielkopolskim (62-065), ul. Mossego 17, Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą we Wrześni (62-300), ul. Piastów 16 oraz KALMEDICA sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. Częstochowska 71-75, postanawiam:

- 1. oddalić w całości odwołanie wniesione przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim,**
- 2. oddalić w całości odwołanie wniesione przez Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o.,**
- 3. oddalić w całości odwołanie wniesione przez KALMEDICA sp. z o.o.**

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 nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 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 ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego. W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 3 800 000,00 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 6 (słownie: sześć).

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

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

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

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

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

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

W dniu 23 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim z siedzibą w Grodzisku Wielkopolskim (62-065), ul. Mossego 17 (zwany dalej: „Odwołującym SP ZOZ w Grodzisku Wlkp.”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. zarzuca przeprowadzenie postępowania konkursowego z pominięciem zasad uczciwej konkurencji oraz niepełną i nieprawidłową ocenę ofert złożonych w postępowaniu. Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. ponadto podnosi, że rozstrzygnięcie postępowania naruszyło zasady równego traktowania oraz zasady przejrzystości, jasności postępowania, gdyż wskazane w odwołaniu podmioty :

1. „Medicus-Bonus” sp. z o.o.,
2. KALMEDICA sp. z o.o.,
3. Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o.,
4. Med-Polonia sp. z o.o.,
5. Natalia Fischer,
6. Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak

traktowane były, jego zdaniem odmiennie. Jednocześnie Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. wskazuje na swoje przypuszczenie, iż nie wszystkie odpowiedzi ankietowe jego oferty zostały uznane, co spowodowało obniżenie oceny oferty. W konkluzji Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. wnosi o uznanie złożonego odwołania i dopuszczenie go w trybie rokowań. Nadto Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. zastrzega sobie prawo do uzupełnienia odwołania po weryfikacji oceny pełnej dokumentacji wytworzonej podczas przebiegu postępowania, której zamierza dokonać korzystając z prawa wglądu do pełnej dokumentacji wszystkich oferentów.

W dniu 25 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą we Wrześni (62-300), ul. Piastów 16 (zwaną dalej: „Odwołującym Amika”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie. W złożonym odwołaniu Odwołujący Amika zarzuca naruszenie zasad postępowania wskazanych w art. 134 Ustawy, gdyż komisja konkursowa w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu nie podała ani łącznej liczby punktów uzyskanych przez oferentów, ani liczby punktów uzyskanych na poszczególnych płaszczyznach oceny oferty. Jednocześnie Odwołujący Amika wnosi o udostępnienie całości dokumentacji konkursowej oraz zastrzega sobie prawo do skonkretyzowania i uzupełnienia zarzutów po zapoznaniu się z aktami sprawy.

W dniu 29 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez KALMEDICA sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. Częstochowska 71-75 (zwaną dalej: „Odwołującym KALMEDICA”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W złożonym odwołaniu Odwołujący KALMEDICA żąda przyznania większych środków KALMEDICA sp. z o.o. poprzez dokonanie ponownego podziału środków pomiędzy podmioty wyłonione w postępowaniu konkursowym zgodnie z uzyskaną pozycją w rankingu ofert oraz proporcjonalnie do ilości uzyskanych punktów rankingujących. W ocenie Odwołującego KALMEDICA w przeprowadzonym postępowaniu konkursowym naruszona została elementarna zasada sprawiedliwego i obiektywnego podziału środków oraz zasada obiektywnej oceny posiadanego potencjału wykonawczego, kompleksowości, ciągłości i możliwości zrealizowania kontraktu w kolejnych okresach rozliczeniowych na podobnym, bądź wyższym poziomie postrzeganym przez pryzmat dotychczasowej realizacji kontraktu w przedmiotowym zakresie. Odwołujący KALMEDICA zarzuca ponadto naruszenie zasady równego traktowania wszystkich podmiotów biorących udział w postępowaniu konkursowym. Zdaniem Odwołującego KALMEDICA niewłaściwe działanie komisji konkursowej doprowadziło do przyznania nieadekwatnych (za niskich) środków dla KALMEDICA sp. z o.o. w stosunku do pozostałych oferentów i tym samym w sposób rażący naruszony został interes prawny Odwołującego.

Uwzględniając okoliczność, że od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 zostały złożone trzy odwołania, postanowieniem nr 21/2018/O z dnia

29 maja 2018 roku, działając na podstawie art. 62 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej: „k.p.a.”, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia połączył sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań wniesionych przez Odwoływających, pismem z dnia 29 maja 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwoływających oraz podmioty, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01, 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 stronom 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 5 czerwca 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy w zakresie zapoznania się ze złożonymi odwołaniami skorzystali: Pan Artur Paszkowski reprezentujący Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. oraz Pan Przemysław Pater reprezentujący „Medicus-Bonus” sp. z o.o.

W dniu 8 czerwca 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Pan Artur Paszkowski reprezentujący Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o., który z uwagi na obszerność udostępnionej dokumentacji złożył oświadczenie o zamiarze skorzystania z przedmiotowego uprawnienia w terminie późniejszym.

W dniu 12 czerwca 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystali reprezentujący na podstawie przedstawionych upoważnień Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wielkopolskim: Pan Mirosław Drzewiecki i Pan Tomasz Przybylski oraz reprezentujący na podstawie przedstawionego upoważnienia AMIKA Konsorcjum Medyczne sp. z o.o.: Pani Małgorzata Hałas i Pan Ryszard Matuszkiewicz.

W dniu 13 czerwca 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystała reprezentująca na podstawie przedstawionego upoważnienia Med-Polonia sp. z o.o. Pani Anna Groszewska.

Kolejno, wskutek skorzystania z prawa wglądu w akta postępowania, w dniu 18 czerwca 2018 roku wpłynęło uzupełnienie odwołania złożone przez Odwołującego Amika, w którym ponownie zarzuca naruszenie zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji i zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców wskazując, że przedmiotowa zasada równego traktowania może zostać naruszona zarówno wtedy, gdy nastąpiło nieuzasadnione zaniżenie punktacji uczestnika konkursu w stosunku do innych oferentów lub gdy nastąpiło zawyżenie oceny innego konkurującego z nim podmiotu. Zdaniem Odwołującego Amika zasada równego traktowania naruszona jest także, gdy wobec niektórych oferentów nie zastosowano przepisów prawa, które w jego opinii winny być zastosowane. Odwołujący Amika zarzuca komisji konkursowej zaniechanie powiadomienia go o wprowadzeniu zmian w odpowiedziach ankietowych, z którego wywodzi pozbawienie go prawa do złożenia na tę czynność protestu. Nadto wskazuje, że zakwestionowanie jego twierdzącej odpowiedzi na pytanie zawarte w formularzu ofertowym „zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia” było bezpodstawne, gdyż posiada on jedną komórkę organizacyjną tj. oddział chirurgiczny z różnymi profilami realizacji świadczeń, w którym zapewniona jest całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia i jednocześnie poprzez zatrudnienie lekarzy specjalistów, w tym lekarzy specjalistów w określonej dziedzinie

medycyny spełnia warunki dodatkowo oceniane. Powołuje się przy tym na komunikat nr 123/2017 dla świadczeniodawców planujących przystąpienie do postępowań konkursowych poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne – oddziały szpitalne w trybach hospitalizacja planowa i leczenie jednego dnia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opublikowany na stronie internetowej Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto Odwołujący Amika podnosi, że w zakresie warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych, które winny być spełnione najdalej na ostatni dzień składania ofert oraz pozostać aktualne w toku całego postępowania konkursowego, co ma dać możliwość komisji do zweryfikowania ich na odpowiednim etapie postępowania oraz przez cały okres realizacji umowy, oferenci: Natalia Fischer, „Medicus-Bonus” sp. z o.o. oraz Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. ich nie spełniali. Konkretyzując zarzuty Odwołujący Amika wskazuje, że oferent Natalia Fischer w zakresie zapewnienia na rzecz pacjentów hospitalizowanych ciągłości leczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przedstawił umowę zawartą na czas określony do dnia 31 grudnia 2019 roku, gdy okres realizacji umowy będącej przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego upływa z dniem 30 czerwca 2023 roku. Analogiczne zastrzeżenia Odwołujący Amika zgłasza do umowy, jaką zawarł oferent Natalia Fischer odnośnie wykonywania badań histopatologicznych. Z kolei w stosunku do umowy w zakresie zapewnienia na rzecz pacjentów hospitalizowanych ciągłości leczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, jaką przedstawił oferent „Medicus-Bonus” sp. z o.o., zgłasza zarzut ograniczenia jej zastosowania i tym samym niespełnienie przez przedmiotowego oferenta tego warunku na dzień otwarcia ofert z uwagi na zapis w brzmieniu „*w miarę posiadanych przez Wykonawcę możliwości*”. W opinii Odwołującego Amika warunek ten został spełniony przez oferenta „Medicus-Bonus” sp. z o.o. poprzez przedstawienie kolejnej umowy zawartej w tym zakresie w dniu 2 maja 2018 roku. Zastrzeżenia Odwołującego Amika budzi również umowa ww. oferenta na badania histopatologiczne, gdyż została ona zawarta na czas określony – do 21 stycznia 2018 roku. Jednak z analizy przedłożonej umowy oraz zawartego do niej aneksu z dnia 11 grudnia 2017 roku (strona nr 157 złożonej oferty) jednoznacznie wynika, że została ona zawarta na czas nieokreślony. W świetle powyższego zarzut ten jest chybiony.

W odniesieniu do zapewnienia przez Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. badań rezonansu magnetycznego, Odwołujący Amika zarzuca umowie zawartej z Wielkopolskim Centrum Onkologii zbyt krótki czas jej obowiązywania (do dnia 31 marca 2023 r.) w stosunku do okresu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będącej przedmiotem postępowania nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 (do dnia 30 czerwca 2023 r.). Analogiczny zarzut podnosi wobec umów zawartych przez Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. w zakresie zapewnienia na rzecz pacjentów hospitalizowanych ciągłości leczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego (umowy z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Lesznie ważne do 31 marca 2023 r.). Ponadto Odwołujący Amika zarzuca niżej wymienionym oferentom:

1. Med-Polonia sp. z o.o. – odpowiedź twierdząca na pytanie dotyczące zapewnienia badań rezonansu magnetycznego w lokalizacji nie znajduje zdaniem Odwołującego Amika potwierdzenia w części V Formularza „Wykaz zasobów”, ani w żadnym dokumencie dołączonym do oferty. Nadto wątpliwości Odwołującego Amika budzi brak ważnej decyzji organów Inspekcji Sanitarnej dla aparatu RTG wykazanego w ww. formularzu.
2. Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. - odpowiedź twierdząca na pytanie dotyczące zapewnienia badań rezonansu magnetycznego w lokalizacji nie znajduje zdaniem

Odwołującego Amika potwierdzenia w części V Formularza „Wykaz zasobów”, ani w żadnym dokumencie dołączonym do oferty.

W dalszej części uzupełnienia odwołania Odwołujący Amika wskazuje, iż w jego opinii oferty niżej wymienionych oferentów, jako zawierające tzw. braki nieusuwalne, winny zostać odrzucone przez komisję konkursową z urzędu (bez wzywania do usunięcia braków formalnych):

1. Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. - z uwagi na nieprzedłożenie kopii polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, umowy przedwstępnej lub innego dokumentu, w tym także oświadczenia stwierdzającego, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy będącej przedmiotem postępowania konkursowego. Zdaniem Odwołującego Amika dopuszczenie przez komisję konkursową do przedłożenia przez Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. w dniu 4 kwietnia 2018 roku ww. oświadczenia, podczas gdy termin składania ofert upływał w dniu 27 marca 2018 roku, rażąco narusza zasadę równego traktowania wszystkich oferentów.
2. Analogiczny zarzut Odwołujący Amika stawia ofercie Natalii Fischer – oferent ten przedłożył oświadczenie datowane na dzień 5 kwietnia 2018 roku, w którym zobowiązuje się do zawarcia stosownej umowy ubezpieczenia.
3. „Medicus – Bonus” sp. z o.o. , gdyż w ocenie Odwołującego Amika oferent ten na dzień otwarcia ofert nie spełniał warunku zapewnienia na rzecz pacjentów hospitalizowanych ciągłości leczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (umowa nr 1/OAiIT/2011 z dnia 15 listopada 2011 r. zawarta z Samodzielnym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Środzie Wlkp. zawierała zapis w brzmieniu „w miarę posiadanych przez Wykonawcę możliwości”), a późniejsze przedstawienie umowy zawartej w dniu 2 maja 2018 roku stanowi naruszenie zasady równego traktowania wszystkich oferentów wyrażonej w art. 134 ustawy o świadczeniach. Z tego też względu przedmiotowa oferta winna podlegać odrzuceniu.

W konkluzji złożonego uzupełnienia odwołania Odwołujący Amika wnosi o :

- odrzucenie wskazanych przez niego konkurencyjnych ofert,
- zmianę oceny w zakresie udzielonej przez niego odpowiedzi na pytanie zawarte w Formularzu Ofertowym „Zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia” poprzez przyznanie 4 punktów,
- względnie unieważnienie postępowania.

Również w dniu 18 czerwca 2018 roku drogą elektroniczną na skrzynkę kancelarii Oddziału Funduszu wpłynął skan pisma stanowiącego uzupełnienie odwołania złożonego przez Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp., które pisemnie wpłynęło w dniu 20 czerwca 2018 roku. W złożonym uzupełnieniu odwołania Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. wnosi o ponowną analizę materiałów konkursowych w odniesieniu do:

1. oferty Piotra Nowaka, Marty Nowak i Mateusza Nowaka, gdyż odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. kwestionuje zapewnienie przez wskazanego oferenta warunku posiadania umowy z podmiotem mającym oddział intensywnej terapii w sytuacji, gdy takiego oddziału nie posiada sam oferent. Zdaniem Odwołującego Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. z umowy

przedstawionej przez kontroferenta nie wynika, iż strona umowy zobowiązuje się do przyjęcia chorego w stanie wymagającym terapii w OiT, a przedstawione wyjaśnienia jednoznacznie nie odnoszą się do problemu. Zatem oferta ta winna zostać odrzucona.

2. Oferty Natalii Fischer, gdyż w ocenie Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. oferent ten nie posiada umowy z podmiotem mającym oddział intensywnej terapii w sytuacji, gdy takiego oddziału nie posiada sam oferent, bowiem umowa przedstawiona przez tego oferenta została wypowiedziana, a oferent nie przedstawił innego porozumienia potwierdzającego spełnienie przedmiotowego wymogu. Zatem również ta oferta winna zostać zdaniem Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. odrzucona.

W dalszej części swojego pisma Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. wskazuje na nieprawidłowe w jego ocenie udzielenie odpowiedzi twierdzącej na pytanie dotyczące spełnienia wymogu dotyczącego wdrożenia programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przez następujących oferentów:

1. „Medicus-Bonus” sp. z o.o.,
2. KALMEDICA sp. z o.o.,
3. Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o.,
4. Med-Polonia sp. z o.o.,
5. Natalia Fischer,
6. Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak,

gdyż zgodnie z wiedzą Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. program higieny rąk wg WHO to żmudne codzienne, trwające kilka miesięcy, monitorowanie mycia rąk u wszystkich pracowników. Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. podnosi, iż spełnienie restrykcyjnych wymagań WHO w tym zakresie nie jest możliwe do spełnienia przez żaden szpital. Jednocześnie Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. pyta jaką dokumentacja winna być okazana w celu potwierdzenia spełnienia powyższego warunku. W konkluzji Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp., wobec niespełnienia warunku wdrożenia programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, wnosi o wykreślenie przyznanej w tym zakresie punktacji wszystkim oferentom, odrzucenie z przyczyn wskazanych w uzupełnieniu odwołania ofert Piotra Nowaka, Marty Nowak, Mateusza Nowaka i Natalii Fischer oraz o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie rokowań.

W dniu 19 czerwca 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Pan Artur Paszkowski reprezentujący Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o.

W związku ze złożeniem w dniu 18 czerwca 2018 roku przez Odwołującego Amika i Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. uzupełnień odwołań, niemożliwym stało się wydanie decyzji przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w pierwotnie zakreślonym terminie.

Uwzględniając powyższą okoliczność, pismami z dnia 19 czerwca 2018 roku strony postępowania zostały poinformowane o zakreśleniu nowego terminu wydania decyzji przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia **na dzień 25 czerwca 2018 r.**

W dniu 20 czerwca 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta postępowania skorzystali kolejno:

- Pani Aldona Jelińska na podstawie pełnomocnictwa udzielonego jej przez Piotra Nowaka, Martę Nowak i Mateusza Nowaka wspólników spółki cywilnej „VIVAX”,
- Pani Anna Groszewska na podstawie upoważnienia udzielonego jej przez Med-Polonia sp. z o.o.,

– Pan Przemysław Pater prokurent „MEDICUS-BONUS” sp. z o.o.

W dniu 21 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia strona postępowania Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o.o. korzystając z uprawnień wynikających z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego złożyła drogą elektroniczną oraz osobiście pismo, w którym przedstawiła swoje stanowisko w sprawie argumentów i zarzutów podniesionych w złożonych odwołaniach i pismach uzupełniających odwołania.

W dniu 22 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia strony postępowania: „Medicus-Bonus” sp. z o.o i Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak korzystając z uprawnień wynikających z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego złożyły osobiście pisma, w których przedstawiły swoje stanowisko w sprawie argumentów i zarzutów podniesionych w złożonych odwołaniach i pismach uzupełniających odwołania.

Na skutek złożonych odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania numer 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, 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 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 oraz dokumentacja sporządzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, złożonych zostało 9 ofert (słownie: dziewięć):

1. Oferta Jerzego Szczesiaka., ul. Grunwaldzka 324, 60-166 Poznań,
2. Oferta „Medicus-Bonus” sp. z o.o. , ul. Grochowska 9, , 60-277 Poznań,
3. Oferta Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp., ul. Mossego 17, 62-065 Grodzisk Wlkp.,
4. Oferta Natalii Fischer, ul. Promienista 98, 60-142 Poznań,
5. Oferta Piotra Nowaka, Marty Nowak i Mateusza Nowaka, ul. Wrzesińska 28, 62-200 Gniezno,
6. Oferta „Med-Polonia” sp. z o.o., ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań,
7. Oferta KALMEDICA sp. z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
8. Oferta Leszczyńskiego Centrum Medycznego „VENTRICULUS” sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno,
9. Oferta Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o., ul. Piastów 16, 62-300 Września.

Postępowanie nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 roku, poz. 2295);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.);
- 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, zmienione 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 numer 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała 6 (słownie: sześciu) oferentów do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia ofert. Braki formalne ofert zostały uzupełnione. Ponadto komisja przeprowadziła weryfikację u 9 (słownie: dziewięciu) oferentów. Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano zatem 9 (słownie: dziewięciu) oferentów.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania nie skutkowało dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalało na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 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 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość:

a) kategoria „Personel”:

- równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu:
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia:
 - tak (4,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

b) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:

- udzielenie świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (2,50 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 (2,50 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 (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- c) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:
- udział nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą:
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią:
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami:
 - tak (0,20 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - pielęgniarka lub położna - specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych:

- tak (0,25 punktu);
- nie (brak punktów);
- sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań:
 - tak (0,25 punktu);
 - nie (brak punktów)
- sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5:
 - tak (0,25 punktu);
 - nie (brak punktów);
- wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO):
 - tak (0,25 punktu);
 - nie (brak punktów);
- realizacja w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7:
 - tak (0,25 punktu);
 - nie (brak punktów);
- szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie:
 - tak (0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
- szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków:
 - tak (0,20 punktu);
 - nie (brak punktów);
- udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków:
 - tak (0,35 punktu);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej:
 - tak (0,55 punktu);
 - nie (brak punktów);
- udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi

drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego:

- tak (0,40 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych:
 - tak (0,45 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych:
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku:
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - jedna odpowiedź do wyboru:
 - 7120 Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego – w lokalizacji (0,50 punktu);
 - 7120 Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego (0,25 punktu);
 - Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji (0,25 punktu);
- d) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:
- Świadczeniodawca realizuje świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- e) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:
- artroskop diagnostyczny – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- f) kategoria „Pozostałe warunki”:

- 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);
- zautomatyzowany system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem:
 - tak (1,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania;
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktu);
- zewnętrzna ocena – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- zewnętrzna ocena – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- co najmniej 1 łóżko intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

2. Kompleksowość:

a) kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- badania endoskopowe - w lokalizacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);

- nie (brak punktów);
 - badania rentgenowskie - w lokalizacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - badania tomografii komputerowej - w lokalizacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - b) kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:
 - apteka szpitalna albo zakładowa - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - c) kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:
 - realizacja umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- 3. Dostępność:**
- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - jedna odpowiedź do wyboru:
 - 7100 Pracownia diagnostyki laboratoryjnej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, prowadząca szkolenie specjalizacyjne dla diagnostów laboratoryjnych przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego - całodobowo w lokalizacji (5,00 punktów);
 - 7100 Pracownia diagnostyki laboratoryjnej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - całodobowo w lokalizacji (2,00 punkty);
 - całodobowe laboratorium – w lokalizacji (1,00 punkt);

- zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg
 - w lokalizacji:
 - tak (1,50 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg:
 - tak (2,50 punkta);
 - nie (brak punktów);

4. Ciągłość:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy (jedna odpowiedź do wyboru):
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (4,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);

5. Inne.

- współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania:
 - tak (8,00 punktów ujemnych);
 - nie/nie dotyczy (brak punktów ujemnych);

6. **Cena** obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 5,00 punktów).

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

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

$$A \begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = s \end{cases}$$

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

gdzie:

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

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

C_{min} - 0,9 x C_{NFZ} ,

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

W tym miejscu podkreślić należy, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 podjęła m.in. następujące uchwały:

1. W dniu 11 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę odnośnie oceny spełnienia przez oferentów warunku zapewnienia dostępu lub całodobowego dostępu do badań laboratoryjnych, w tym mikrobiologicznych. Na jej podstawie komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne postanowiła:

Uwzględniając zapis § 4, ust. 1, pkt 3, lit. a) oraz § 4, ust. 5, pkt 3, lit. a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2295) dotyczący zapewnienia całodobowego dostępu lub co najmniej dostępu do badań laboratoryjnych w tym mikrobiologicznych postanowiła, w przypadku oferentów posiadających umowę na podwykonawstwo w ww. zakresie, dokonać sprawdzenia wpisu wykazanych przez oferenta podwykonawców w ogólnodostępnej bazie laboratoriów medycznych Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych dostępnej pod następującym adresem internetowym:

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

2. W dniu 11 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę odnośnie oceny spełniania przez oferentów warunku zapewnienia co najmniej dostępu bądź zapewnienia całodobowo w lokalizacji realizacji badań radiologicznych RTG, na podstawie zapisu § 4, ust. 1, pkt 4, lit. a) oraz § 4, ust. 5, pkt 3, lit. d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2295). Komisja konkursowa postanowiła wezwać do wyjaśnień oferentów, którzy posiadają własny aparat rentgenowski w lokalizacji podmiotu leczniczego i nie dołączyli do oferty aktualnej decyzji Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego dotyczącej zezwolenia na uruchomienie Pracowni Rentgenowskiej oraz uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego, w celu przedłożenia ww. decyzji. Jednocześnie Komisja konkursowa postanawia nie wzywać do wyjaśnień oferentów, którzy zapewniają dostęp do badań radiologicznych (RTG) wyłącznie poprzez podwykonawstwo w przedmiotowym zakresie.

3. W dniu 11 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie decyzji odnośnie oceny spełniania przez oferentów warunku dodatkowo ocenianego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.) dotyczącego zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub; 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg (dotyczy trybu udzielania świadczeń w ramach hospitalizacji planowej). Komisja konkursowa postanowiła uznać spełnienie przez Oferentów powyższego warunku dotyczącego zapewnienia dostępu do aparatury medycznej, o której mowa powyżej, nawet jeśli dostęp ten jest zabezpieczony poprzez umowy na podwykonawstwo z podmiotami wykonującymi badania rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej (sprzęt o nośności co najmniej 250 kg) poza województwem wielkopolskim (tj. poza obszarem kontaktowania WOW NFZ), np. umowa na podwykonawstwo zawarta z Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy lub z Wojskowym Instytutem Medycyny Lotniczej w Warszawie.

4. W dniu 24 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością.

Uwzględniając, iż zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, z którego wynika prawidłowy sposób interpretacji treści pytania ankietowego „Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty”, z dnia 4 sierpnia 2017 roku, znak: UZ-AK.749.32.2017.EW (data wpływu do WOW NFZ: 21.08.2017), z którego wynika, że punkty ujemne mogą być przyznane wyłącznie w przypadku nieprzekazania wymaganych informacji, komisja konkursowa przyjęła co następuje.

- Przeprowadzono analizę raportów o listach oczekujących, tj. ich liczby oraz miesięcy których dotyczą, z wyłączeniem warunku przekazania raportu do 10 dnia każdego miesiąca.
- Analiza raportów dotyczyła również przekazania informacji o listach oczekujących dotyczących realizacji świadczeń w zakresach skojarzonych, tj. przekazania list na zabiegi w zakresie soczewki

- (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklatego (witrektomia), zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego.
- Warunkiem koniecznym było przekazanie raportów za miesiące od stycznia 2017 do grudnia 2017 roku w okresie o którym mowa w treści pytania ankietowego, tj. do dnia 31 grudnia 2017 r. – w przypadku postępowań konkursowych dla których termin składania ofert minął w marcu 2018 r.
 - W oparciu o wynik analizy, w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, komisja konkursowa postanowiła korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące.
 - W sytuacji pojawienia się konieczności wezwania oferentów do złożenia wyjaśnień w powyższej sprawie, komisja konkursowa postanowiła co następuje:
 - a) Stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie niespełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do odjęcia punktów ankietowych,
 - b) Stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie spełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do dodania punktów ankietowych,
 - c) Stanowiska oferentów, podważające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. podtrzymujące spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, zostaną ponownie rozpatrzone, o ile zawierają informacje, do których komisja nie miała dostępu na etapie analizy raportów; punkty ankietowe zostaną odjęte (zgodnie z wynikiem pierwszej analizy) lub dodane, jeśli okoliczności zawarte w wyjaśnieniach zostaną uwzględnione przez komisję.
 - W sytuacji, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym wskazuje nie niespełnienie warunku dodatkowo ocenianego, a powyższe wynika z faktu, iż oferent nie realizował w ramach dotychczasowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej danego typu zabiegu możliwego do rozliczenia w zakresie skojarzonym (brak raportów statystycznych – medycznych potwierdzających realizację określonych zabiegów), tj. zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklatego (witrektomia), zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, komisja konkursowa postanowiła uznać udzielone przez oferentów odpowiedzi za zgodne ze stanem rzeczywistym i nie odejmować punktów ankietowych.

5. W dniu 24 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością. Uwzględniając, iż zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, z którego wynika prawidłowy sposób interpretacji treści pytania ankietowego „Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym”, z dnia 4 sierpnia 2017 roku, znak: UZ-AK.749.32.2017.EW (data wpływu do WOW NFZ: 21.08.2017), z którego wynika, że punkty ujemne mogą być przyznane wyłącznie w przypadku nieprzekazania wymaganych informacji, komisja konkursowa przyjęła co następuje.

- Przeprowadzono analizę raportów o pierwszym wolnym terminie, tj. ich liczby oraz tygodni których dotyczą, z wyłączeniem warunku przekazania raportu do pierwszego dnia roboczego następnego tygodnia lub ze stanem na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie.
- Analiza raportów dotyczyła również przekazania informacji o pierwszym wolnym terminie dotyczącym realizacji świadczeń w zakresach skojarzonych, tj. przekazania list na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia), zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego.
- Warunkiem koniecznym było przekazanie raportów za tygodnie od 01 roku 2017 do 52 roku 2017 roku w okresie o którym mowa w treści pytania ankietowego, tj. do dnia 31 grudnia 2017 r. – w przypadku postępowań konkursowych dla których termin składania ofert minął w marcu 2018 r.
- W oparciu o wynik analizy, w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, komisja konkursowa postanowiła korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące.
- W sytuacji pojawienia się konieczności wezwania oferentów do złożenia wyjaśnień w powyższej sprawie, komisja konkursowa postanawia co następuje:
 - d) Stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie niespełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do odjęcia punktów ankietowych,
 - e) Stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie spełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do dodania punktów ankietowych,
 - f) Stanowiska oferentów, podważające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. podtrzymujące spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, zostaną ponownie rozpatrzone, o ile zawierają informacje, do których komisja nie miała dostępu na etapie analizy raportów; punkty ankietowe zostaną odjęte (zgodnie z wynikiem pierwszej analizy) lub dodane, jeśli okoliczności zawarte w wyjaśnieniach zostaną uwzględnione przez komisję.
- W sytuacji, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym wskazuje nie niespełnienie warunku dodatkowo ocenianego, a powyższe wynika z faktu, iż oferent nie realizował w ramach dotychczasowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej danego typu zabiegu możliwego do rozliczenia w zakresie skojarzonym (brak raportów statystyczno – medycznych potwierdzających realizację określonych zabiegów), tj. zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia), zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, komisja konkursowa postanowiła uznać udzielone przez oferentów odpowiedzi za zgodne ze stanem rzeczywistym i nie odejmować punktów ankietowych.

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

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

Komisja konkursowa postanowiła zastosować wyjątki od zasad podziału środków finansowych, stanowiących propozycję Funduszu do negocjacji, dla zakresów świadczeń, zgodnie z uzasadnieniem:

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa - zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny - obszar kontraktowania województwo wielkopolskie [30] - dotyczy zakresu skojarzonego - zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15:

- określenie wyjściowej wartości świadczeń dla oferty na poziomie gwarantującym realizację minimalnej liczby zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego wynikającej z postanowień określonych w pozycji 32. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2295), z uwzględnieniem posiadanych uprawnień (endoprotezoplastyka stawu biodrowego; endoprotezoplastyka stawu kolanowego; endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego) przez poszczególnych oferentów oraz półrocznego okresu rozliczeniowego,
- określenie końcowej wartości świadczeń dla oferty jako wartość określoną zgodnie z wyżej określonymi zasadami powiększoną o iloraz wartości pozostałej w wyniku obliczeń dokonanych zgodnie z wyżej określonymi zasadami i liczby oferentów realizujących endoprotezoplastykę, za wyjątkiem podmiotów leczniczych, które uprawnienia w zakresie realizacji endoprotezoplastyki stawu biodrowego i / lub kolanowego uzyskały poprzez realizację świadczeń w trybie komercyjnym.

7. W dniu 9 maja 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie sposobu zabezpieczenia przez oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji planowej warunku określonego w § 4 ust. 1, pkt 2, lit. a) rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U 2017 poz. 2295), tj.:

„2. W przypadku braku w strukturze organizacyjnej OAiT:

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

Komisja konkursowa postanowiła wezwać do złożenia wyjaśnień w przedmiocie spełniania ww. warunku tych oferentów, którzy dołączyli do oferty umowy na podwykonawstwo w powyższym zakresie budzące jednak w swojej treści wątpliwość komisji konkursowej co do zagwarantowania przyjęcia pacjenta do leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w podmiocie podwykonawcy w stanie zagrożenia życia bez żadnych ograniczeń, w każdej wymagającej tego sytuacji. Komisja konkursowa postanowiła przyjąć wyjaśnienia wszystkich oferentów w przedmiocie zabezpieczenia warunku określonego w pkt 1 niniejszej uchwały, uznając, iż umowy na podwykonawstwo/umowy o współpracy w przedmiotowym zakresie formalizują jedynie procedurę zapewnienia prawidłowości leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy i w żaden sposób nie ograniczają przyjęcia pacjentów na oddział anestezjologii i intensywnej terapii w sytuacji nagłego zagrożenia życia.

8. W dniu 9 maja 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w sprawie dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytanie ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym w rozdziale „Dostępność” dotyczące zapewnienia całodobowego dostępu w lokalizacji do pracowni diagnostyki laboratoryjnej. Komisja konkursowa w trakcie prowadzonych weryfikacji miejsc udzielania świadczeń przez oferentów sprawdzała, w przypadku zadeklarowania w ofercie, warunek zapewnienia przez oferenta całodobowego dostępu do pracowni diagnostyki laboratoryjnej – w lokalizacji. W przypadku braku możliwości weryfikacji spełniania ww. warunku w trakcie prowadzonej weryfikacji, zespół ds. weryfikacji oferenta zobowiązywał oferenta do przesłania do komisji konkursowej WOW NFZ stosownych grafików pracy pracowników laboratorium diagnostycznego, w celu udowodnienia spełniania przedmiotowego warunku dodatkowo ocenianego. Po przeanalizowaniu wyjaśnień oferentów w przedmiocie sposobu zapewnienia całodobowego dostępu do pracowni diagnostyki laboratoryjnej – w lokalizacji, komisja konkursowa ustaliła, co następuje.

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

9. W dniu 27 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w sprawie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym. Komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne postanowiła:

- 1) W przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest wtedy, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty - wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);
- 2) W przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) - wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);
- 3) W przypadkach innych niż określone pod pkt 1 i 2, tj. wtedy, gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu udzielania świadczeń weryfikacji oferenta (dotyczy np. posiadania sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych czy dysponowania pomieszczeniem sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych) lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy np. faktu współpracy oferenta z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej) wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś po ich przyjęciu, gdy nie potwierdzą one faktu spełnienia przez oferenta warunku dodatkowo ocenianego odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Czynność dokonanych zmian w zakresie odpowiedzi udzielonych przez oferentów na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym zostanie odzwierciedlona w „Potwierdzeniu wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych” stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej Uchwały.

W przypadku, gdy Komisja konkursowa postanowi przyjąć bez zastrzeżeń wyjaśnienia oferenta będące odpowiedzią na wezwanie do wyjaśnień w przedmiocie niezgodności udzielonych przez oferenta odpowiedzi na pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, nie zostaną dokonane zmiany w odpowiedziach ankietowych. W związku z powyższym, odpowiedzi na pytania ankietowe pozostawione

bez zmian nie będą wyszczególnione w „Potwierdzeniu wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych”. Powyższa zasada będzie dotyczyć również ofert, w których komisja konkursowa nie dokonała żadnych zmian w odpowiedziach ankietowych, pomimo wezwania oferenta do wyjaśnień (do oferty nie zostanie dołączone „Potwierdzenie wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych”).

Ustalenia stanowiące przedmiot niniejszej Uchwały mają zastosowanie do postępowań konkursowych w rodzaju leczenie szpitalne, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej Uchwały.

W dniu 21 maja 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego wskazano 6 (słownie: sześciu) oferentów:

1. „MEDICUS-BONUS” sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-277), przy ul. Grochowskiej 9,
2. KALMEDICA sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800), przy ul. Częstochowskiej 71-75,
3. Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie (64-100), przy ul. Słowiańskiej 41,
4. Med-Polonia sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-693), przy ul. Obornickiej 262,
5. Natalia Fischer, Poznań (60-142), przy ul. Promienistej 98,
6. Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak, Gniezno (62-200), przy ul. Wrzesińskiej 28.

Komisja konkursowa nie wybrała 2 (słownie: dwóch) ofert: Jerzego Szczesiaka, Poznań (60-166), ul. Grunwaldzka 324 i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp., Grodzisk Wlkp. (62-065), przy ul. Mossego 17 oraz 1 (słownie: jednej) oferty po przeprowadzonych negocjacjach Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą we Wrześni (62-300), przy ul. Piastów 16 z powodu uzyskania mniejszej ilości punktów w wyniku przeprowadzonej oceny ofert oraz wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, a także wyczerpania ilości umów przewidzianych do zawarcia w wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY												
(dane z oferty końcowej po negocjacjach, status pozycji oferty mająco wg łącznej liczby punktów oceny)												
Pozycja oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Punktacja za ofertę cenową	Ocena oferty						Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu oferty tak/nie
					Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów					razem		
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne			
1	KALMEDICA SPÓŁKA Z O.O.	CHIRURGIA URAZOWO-ORTOPEDYCZNA 62-800 KALISZ ul. CZĘSTOCHOWSKA 71-75	0,9	5	33,35	7	6	3	0	49,35	54,35	Tak
	KALMEDICA SPÓŁKA Z O.O.	CHIRURGIA URAZOWO-ORTOPEDYCZNA 62-800 KALISZ ul. CZĘSTOCHOWSKA 71-75	0,9	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
2	LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE "VENTRICULUS" SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ URAZOWO - ORTOPEDEYCZNY 64-100 LESZNO ul. SŁOWAŃSKA 41	0,9	5	23,7	11	6	3	0	43,7	48,7	Tak
	LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE "VENTRICULUS" SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ URAZOWO - ORTOPEDEYCZNY 64-100 LESZNO ul. SŁOWAŃSKA 41	0,9	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
3	PIOTR NOWAK, MARTA NOWAK, MATEUSZ NOWAK	ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO ORTOPEDEYCZNEJ Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII OGÓLNEJ 62-200 GNIEZNO ul. WITKOWSKA 53	0,96	3,5	23,85	7	6	3	0	39,85	43,35	Tak
	PIOTR NOWAK, MARTA NOWAK, MATEUSZ NOWAK	ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO ORTOPEDEYCZNEJ Z PODODDZIAŁEM CHIRURGII OGÓLNEJ 62-200 GNIEZNO ul. WITKOWSKA 53	0,96	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
4	"MEDICUS- BONUS" SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY 63-000 ŚRÓDA WIELKOPOLSKA ul. PLARMII POZNAŃ 3	0,91	4,75	24,7	7	3,5	3	0	38,2	42,95	Tak
	"MEDICUS- BONUS" SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY 63-000 ŚRÓDA WIELKOPOLSKA ul. PLARMII POZNAŃ 3	0,91	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
	"MEDICUS- BONUS" SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY 63-000 ŚRÓDA WIELKOPOLSKA ul. PLARMII POZNAŃ 3	0,91	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
5	MED-POLONIA SP. Z O.O.	ODDZIAŁ ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDÓWRUCHU 60-693 POZNAŃ- STARE MIASTO ul. OBORNICKA 262	0,99	2,75	28,65	6	2	3	0	39,65	42,4	Tak
	MED-POLONIA SP. Z O.O.	ODDZIAŁ ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDÓWRUCHU 60-693 POZNAŃ- STARE MIASTO ul. OBORNICKA 262	0,99	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
6	NATALIA FISCHER	ODDZIAŁ CHIRURGII ORTOPEDEYCZNEJ 60-142 POZNAŃ-GRUNWALD ul. PROMIENISTA 98	0,9	5	27,35	3	3,5	3	0	36,85	41,85	Tak
	NATALIA FISCHER	ODDZIAŁ CHIRURGII ORTOPEDEYCZNEJ 60-142 POZNAŃ-GRUNWALD ul. PROMIENISTA 98	0,9	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
	NATALIA FISCHER	ODDZIAŁ CHIRURGII ORTOPEDEYCZNEJ 60-142 POZNAŃ-GRUNWALD ul. PROMIENISTA 98	0,9	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
7	AMIKA KONSORCJUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY 62-300 WRZEŚNIA ul. PIASTÓW 16	0,92	4,5	20,15	7	4,5	5	0	36,65	41,15	Nie
8	JERZY SZCZESIAK	031 ODDZIAŁ ORTOPEDEYCZNY 60-166 POZNAŃ-GRUNWALD ul. GRUNWALDZKA 324	0	2,5	17	8	2	5	0	32	34,5	Nie
9	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRODZISKU WŁKP.	PODODDZIAŁ ORTOPEDEYCZNY 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI ul. MOSSEGO 3	0	5	10,95	9	8	0	-8	19,95	24,95	Nie

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią tabeli „Ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci” oraz tabeli „Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna” załącznika nr 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert

oraz zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o., 64-100 Leszno, ul. Słowiańska 41:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria „Personel”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, za co **nie otrzymał punktów**;

2) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, 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, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- 3) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:
- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią, za co **nie otrzymał punktów**;
 - zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami, za co otrzymał **0,20 punktu**;
 - zadeklarował pielęgniarkę lub położną - specjalistę w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,25 punktu**;
 - nie zadeklarował sporządzenia przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował sporządzenia przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5, za co **nie otrzymał punktów**;

- zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),m za co otrzymał **0,25 punktu**;
- nie zadeklarował realizacji w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował, że szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie, za co otrzymał **0,50 punktu**;
- zadeklarował, że szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków, za co otrzymał **0,20 punktu**;
- nie zadeklarował udokumentowanego wdrożenia aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował udokumentowanego wdrożenia, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował, że w w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- odnośnie odpowiedzi do wyboru w zakresie zadeklarowania :
- 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego – w lokalizacji;

- 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
- Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji zaznaczył „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- 4) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:
 - nie zadeklarował realizacji świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował wykonania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, za co **nie otrzymał punktów**;
- 5) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:
 - zadeklarował artroskop diagnostyczny – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 6) kategoria „Pozostałe warunki”:
 - zadeklarował, że 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, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, za co **nie otrzymał punktów**;
 - zadeklarował zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania, za co otrzymał **1,00 punkt**;
 - zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt**;
 - zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
 - nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował w oddziale co najmniej 1 pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatką, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował, że w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

II. Kompleksowość:

kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- zadeklarował badania endoskopowe - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- zadeklarował badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- zadeklarował badania rentgenowskie - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;

- zadeklarował badania tomografii komputerowej - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował realizację umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał **4,00 punkty**;

kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa, za co **nie otrzymał punktów**;

III. Dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące zapewnienia pracowni diagnostyki laboratoryjnej zadeklarował całodobowe laboratorium – w lokalizacji, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej odpowiedź zmieniono na „żadne z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji, za co otrzymał **1,50 punktu**;
- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg, za co otrzymał **2,50 punktu**;

IV. Ciągłość:

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

V. Inne.

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń

objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co **nie otrzymał punktów**;

- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące braku 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 **Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak, 62-200 Gniezno, ul. Wrzesińska 28:

I. W zakresie kryterium jakości:

kategoria „Personel”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:

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

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

kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:

- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował pielęgniarkę lub położną - specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200

łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,25 punktu**;

- nie zadeklarował sporządzenia przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował sporządzenia przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował wdrożenia programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), za co otrzymał **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował, że szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie, za co otrzymał **0,50 punktu**;
- nie zadeklarował, że szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoooperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, za co **otrzymał 0,35 punktu**;
- nie zadeklarował zapewnienia konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował udokumentowanego wdrożenia, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych, za co **otrzymał 0,45 punktu**;

- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- odnośnie odpowiedzi do wyboru w zakresie zadeklarowania :
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego – w lokalizacji;
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji
 zaznaczył „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:

- nie zadeklarował realizacji świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- zadeklarował artroskop diagnostyczno – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;

kategoria „Pozostałe warunki”:

- nie zadeklarował, że 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, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatę, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował co najmniej 1 łóżko intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze, za co **otrzymał 2,00 punkty**;

- nie zadeklarował, że w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

II. Kompleksowość:

kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- zadeklarował badania endoskopowe - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania rentgenowskie - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania tomografii komputerowej - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował realizację umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał **4,00 punkty**;

kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa, za co **nie otrzymał punktów**;

III. Dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- zadeklarował zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji, za co otrzymał **1,50 punktu**;
- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg, za co otrzymał **2,50 punktu**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące zapewnienia pracowni diagnostyki laboratoryjnej, zaznaczył odpowiedź „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. Ciągłość:

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

V. Inne.

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące braku 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 **Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,96 zł za co otrzymał **3,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent „MEDICUS-BONUS” sp. z o.o., 60-277 Poznań, ul. Grochowska 9:

I. W zakresie kryterium jakość:

kategoria „Personel”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- zadeklarował zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, za co **otrzymał 4,00 punkty**;

kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- zadeklarował przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **otrzymał 2,50 punktu ujemnego**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, 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, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:

- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą, za co **nie otrzymał punktów**;

- nie zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował pielęgniarkę lub położną - specjalistę w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował, że szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie, za co **otrzymał 0,50 punktu**;
- zadeklarował, że szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, za co **otrzymał 0,35 punktu**;
- zadeklarował zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej, za co **otrzymał 0,55 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowane nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z

wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego, za co **otrzymał 0,40 punktu;**

- zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych, za co **otrzymał 0,45 punktu;**
- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,15 punktu;**
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku, za co otrzymał **0,15 punktu;**
- odnośnie odpowiedzi do wyboru w zakresie zadeklarowania :
- 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
- 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
- Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji zaznaczył „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów;**

kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:

- nie zadeklarował realizacji świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów;**
- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, za co **otrzymał 3,00 punkty;**

kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- zadeklarował artroskop diagnostyczno – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty;**

kategoria „Pozostałe warunki”:

- nie zadeklarował, że 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, za co **nie otrzymał punktów;**
- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, za co **nie otrzymał punktów;**
- nie zadeklarował zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów;**
- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt;**

- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował, że w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

II. Kompleksowość:

kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- zadeklarował badania endoskopowe - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania rentgenowskie - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania tomografii komputerowej - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował realizację umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, za co otrzymał **4,00 punkty**;

kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa, za co **nie otrzymał punktów**;

III. Dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- zadeklarował zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji, za co otrzymał **1,50 punktu**;

- nie zadeklarował zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg, za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące zapewnienia pracowni diagnostyki laboratoryjnej, zaznaczył odpowiedź „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. Ciągłość:

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

V. Inne.

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące braku 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 „MEDICUS-BONUS” sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,91 zł za co otrzymał **4,75 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent „Med-Polonia” sp. z o.o., 60-693 Poznań, ul. Obornicka 262:

I. W zakresie kryterium jakość:

kategoria „Personel”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, za co otrzymał **12,00 punktów**;

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

świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:

- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował pielęgniarkę lub położną - specjalistę w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował, że szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie, za co **otrzymał 0,50 punktu**;
- zadeklarował, że szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, za co **otrzymał 0,35 punktu**;

- nie zadeklarował zapewnienia konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowane nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego, za co **otrzymał 0,40 punktu**;
- zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych, za co **otrzymał 0,45 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- odnośnie odpowiedzi do wyboru w zakresie zadeklarowania :
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji zaznaczył „**żadna z powyższych**”, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:

- nie zadeklarował realizacji świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- zadeklarował artroskop diagnostyczny – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;

kategoria „Pozostałe warunki”:

- zadeklarował, że 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, za co **otrzymał 5,00 punktów**;

- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował, że w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

II. Kompleksowość:

kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- zadeklarował badania endoskopowe - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- zadeklarował badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji, za co **otrzymał 3,00 punkty**;
- zadeklarował badania rentgenowskie - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania tomografii komputerowej - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym, za co **nie otrzymał punktów**;

- nie zadeklarował realizacji umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa, za co **nie otrzymał punktów**;

III. Dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- nie zadeklarował zapewnienia co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg, za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące zapewnienia pracowni diagnostyki laboratoryjnej, zaznaczył odpowiedź „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. Ciągłość:

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

V. Inne:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące braku 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 „Med-Polonia” sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, przy czym w toku negocjacji zaproponował cenę w wysokości 0,99 zł, za co otrzymał **2,75 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Natalia Fischer, 60-142 Poznań, ul. Promienista 98:

I W zakresie kryterium jakości:

kategoria „Personel”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- zadeklarował zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, za co **otrzymał 4,00 punkty**;

kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;

kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:

- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią, za co **otrzymał 0,15 punktu**;
- zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował pielęgniarkę lub położną - specjalistę w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował, że szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie, za co **otrzymał 0,50 punktu**;

- zadeklarował, że szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków, za co **otrzymał 0,20 punktu;**
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, za co **otrzymał 0,35 punktu;**
- zadeklarował zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej, za co **otrzymał 0,55 punktu;**
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowane nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego, za co **otrzymał 0,40 punktu;**
- zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych, za co **otrzymał 0,45 punktu;**
- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, za co **otrzymał 0,15 punktu;**
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku, za co **otrzymał 0,15 punktu;**
- odnośnie odpowiedzi do wyboru w zakresie zadeklarowania:
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji zaznaczył „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów;**

kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:

- nie zadeklarował realizacji świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów;**

- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- zadeklarował artroskop diagnostyczny – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymał 2,00 punkty**;

kategoria „Pozostałe warunki”:

- nie zadeklarował, że 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, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował, że w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. Kompleksowość:

kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- zadeklarował badania endoskopowe - w lokalizacji, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania rentgenowskie - w lokalizacji, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania tomografii komputerowej - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa, za co **nie otrzymał punktów**;

VII. Dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- zadeklarował zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji, za co otrzymał **1,50 punktu**;
- nie zadeklarował zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg, za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące zapewnienia pracowni diagnostyki laboratoryjnej, zaznaczył odpowiedź „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

VIII. Ciągłość:

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

IX. Inne.

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące braku 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 **Natalia Fischer** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, przy czym w toku negocjacji zaproponował cenę w wysokości 0,90 zł, za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o., 62-300 Września, ul. Piastów 16 :

I. W zakresie kryterium jakości:

kategoria „Personel”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- zadeklarował zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzja komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów**;

kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub

nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;

kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:

- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował pielęgniarkę lub położną - specjalistę w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- nie zadeklarował sporządzenia przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań, za co **nie otrzymał punktów**;

- nie zadeklarował sporządzenia przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), za co otrzymał **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował, że szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie, za co otrzymał **0,50 punktu**;
- zadeklarował, że szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, za co **otrzymał 0,35 punktu**;
- zadeklarował zapewnieni konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowane nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego, za co **otrzymał 0,40 punktu**;
- zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych, za co **otrzymał 0,45 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku, za co otrzymał **0,15 punktu**;

- odnośnie odpowiedzi do wyboru w zakresie zadeklarowania:
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji
zaznaczył „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:

- nie zadeklarował realizacji świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował wykonania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- zadeklarował artroskop diagnostyczno – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;

kategoria „Pozostałe warunki”:

- nie zadeklarował, że 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, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował w oddziale co najmniej 1 pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatką, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował co najmniej 1 łóżko intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- nie zadeklarował, że w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

II. Kompleksowość:

kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- zadeklarował badania endoskopowe - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;

- nie zadeklarował badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania rentgenowskie - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania tomografii komputerowej - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował realizację umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, za co **otrzymał 4,00 punkty**;

kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa, za co **nie otrzymał punktów**;

III. Dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- nie zadeklarował zapewnienia co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg, za co **otrzymał 2,50 punktu**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące zapewnienia pracowni diagnostyki laboratoryjnej, zaznaczył odpowiedź „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. Ciągłość:

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

V. Inne.

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące braku 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 **Odwołujący Amika Konsorcjum Medyczne sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł, przy czym w toku negocjacji zaproponował cenę w wysokości 0,92 zł, za co otrzymał **4,50 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp., 62-065 Grodzisk Wlkp., ul. Mossego 17 :

I. W zakresie kryterium jakości:

kategoria „Personel”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, za co **nie otrzymał punktów** ;

kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w

przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

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

kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:

- zadeklarował udział nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów**;
- nie zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią, za co **nie otrzymał punktów**;

- nie zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował pielęgniarkę lub położną - specjalistę w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- nie zadeklarował wdrożenia programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował, że szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie, za co **otrzymał 0,50 punktu**;
- zadeklarował, że szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoooperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, za co **otrzymał 0,35 punktu**;
- nie zadeklarował zapewnienia konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowane nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego, za co **otrzymał 0,40 punktu**;
- zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena

monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych, za co **otrzymał 0,45 punktu;**

- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,15 punktu;**
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku, za co otrzymał **0,15 punktu;**
- zadeklarował pracownię diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji, za co otrzymał **0,25 punktu;**

kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:

- nie zadeklarował realizacji świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów;**
- nie zadeklarował wykonania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, za co **nie otrzymał punktów;**

kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- zadeklarował artroskop diagnostyczno – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymał 2,00 punkty;**

kategoria „Pozostałe warunki”:

- zadeklarował, że 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, za co **otrzymał 5,00 punktów;**
- nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, za co **nie otrzymał punktów;**
- zadeklarował zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania, za co **otrzymał 1,00 punkt;**
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów;**
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów;**
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co **nie otrzymał punktów;**
- nie zadeklarował w oddziale co najmniej 1 pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatki, za co **nie otrzymał punktów;**
- nie zadeklarował co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze, za co **nie otrzymał punktów;**

- nie zadeklarował, że w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

II. Kompleksowość:

kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- zadeklarował badania endoskopowe - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania rentgenowskie - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania tomografii komputerowej - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:

- zadeklarował aptekę szpitalną albo zakładową - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- zadeklarował realizację umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, za co **otrzymał 4,00 punkty**;

kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa, za co **nie otrzymał punktów**;

III. Dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- zadeklarował zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji, za co **otrzymał 1,50 punktu**;
- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg, za co **otrzymał 2,50 punktu**;
- zadeklarował 7100 pracownię diagnostyki laboratoryjnej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego – całodobowo w lokalizacji, za co **otrzymał 2,00 punkty**;

IV. Ciągłość:

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi do wyboru w zakresie zadeklarowania, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje:
 - na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat;
 - na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat;
 zaznaczył „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

V. Inne.

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował 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, , za co **otrzymał 8,00 punktów ujemnych**;

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

W zakresie kryterium ceny **Odwołujący Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, , za co otrzymał **5,00 pu**

Odwołujący KALMEDICA sp. z o.o., 62-800 Kalisz, ul. Częstochowska 71-75 :

I. W zakresie kryterium jakość:

kategoria „Personel”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

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

kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej - hospitalizacja”:

- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez

Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą, za co **nie otrzymał punktów**;

- zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii, uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią, za co **otrzymał 0,15 punktu**;
- zadeklarował przewodniczącego zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, który jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował pielęgniarkę lub położną - specjalistę w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii - równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębniony do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu obejmującego rozpoznanie specyficznych dla szpitala problemów lekooporności, plan wdrożenia działań zapobiegawczych oraz ocenę podjętych działań, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował sporządzenie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp. 5, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7, za co **otrzymał 0,25 punktu**;
- zadeklarował, że szpital opracował wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie, za co **otrzymał 0,50 punktu**;
- zadeklarował, że szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków, za co **otrzymał 0,20 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, za co **otrzymał 0,35 punktu**;
- zadeklarował zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej, za co **otrzymał 0,55 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowane nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2)

czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych; 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego, za co **otrzymał 0,40 punktu**;

- zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych, za co **otrzymał 0,45 punktu**;
- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku, za co otrzymał **0,15 punktu**;
- odnośnie odpowiedzi do wyboru w zakresie zadeklarowania:
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - 7120 Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;
 - Pracowni diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji zaznaczył „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:

- nie zadeklarował realizacji świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- zadeklarował artroskop diagnostyczno – terapeutyczny – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;

kategoria „Pozostałe warunki”:

- zadeklarował, że 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, za co **otrzymał 5,00 punktów**;
- zadeklarował zautomatyzowany system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalnego wydrukiem, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował zgodność specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania, za co **otrzymał 1,00 punkt**;

- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemy zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował co najmniej 1 łóżko intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- nie zadeklarował, że w oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

II. Kompleksowość:

kategoria „Dostęp do badań i zabiegów”:

- zadeklarował badania endoskopowe - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania rezonansu magnetycznego - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania rentgenowskie - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował badania tomografii komputerowej - w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co **nie otrzymał punktów**;

kategoria „Poradnie/oddziały/pracownie/gabinety”:

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował realizację umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, za co **otrzymał 4,00 punkty**;

kategoria „Kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: 1) chemioterapia - hospitalizacja; 2) chemioterapia - leczenie jednego dnia; 3) chemioterapia w trybie ambulatoryjnym, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji umowy – co najmniej dwa z następujących zakresów: 1) teleradioterapia; 2) brachyterapia; 3) terapia izotopowa, za co **nie otrzymał punktów**;

III. Dostępność:

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;

- zadeklarował zapewnienia co najmniej 1 łóżko o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji, za co **otrzymał 1,50 punktu**;
- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 260 kg, za co **otrzymał 2,50 punktu**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące zapewnienia pracowni diagnostyki laboratoryjnej, zaznaczył odpowiedź „**żadna z powyższych**”, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. Ciągłość:

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

V. Inne.

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co **nie otrzymał punktów**;
- odnośnie odpowiedzi na pytanie dotyczące braku 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 **Odwolujący KALMEDICA sp. z o.o** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanej przez 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 rankingu 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 przedmiotowej 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, powiększoną 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 oraz sposób podziału środków finansowych w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 przedstawiał się następująco.

Wartość wyjściowa dla oferty wynosiła dla zakresu podstawowego 250 000,00 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 % - 6 250,00 zł, 5 % - 12 500,00 zł, 10 % - 25 000,00 zł. Wobec powyższego wstępne obliczenia pozwoliły na ustalenie następujących wartości:

- Odwołujący KALMEDICA: 250 000,00 zł dla zakresu podstawowego,
- Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o.: 237 500,00 zł dla zakresu podstawowego (wartość pomniejszona o 5 % w stosunku do oferty Odwołującego KALMEDICA z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 5,65 punktu),
- Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak.: 231 250,00 zł dla zakresu podstawowego (wartość pomniejszona o 2,5 % w stosunku do oferty Leszczyńskiego Centrum Medycznego „VENTRICULUS” sp. z o.o. z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 3,85 punktu),
- Med-Polonia sp. z o.o.: 225 000,00 zł dla zakresu podstawowego (wartość pomniejszona o 2,5 % w stosunku do oferty Piotra Nowaka, Marty Nowak, Mateusza Nowaka z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 0,20 punktu),
- Medicus-Bonus sp. z o.o.: 218 400,00 zł dla zakresu podstawowego (wynika ze złożonej oferty),
- Natalia Fischer: 212 150,00 zł dla zakresu podstawowego (wartość pomniejszona o 2,5 % w stosunku do oferty Medicus-Bonus sp. z o.o. z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 2,80 punktu),
- Odwołujący Amika: 205 900,00 zł dla zakresu podstawowego (wartość pomniejszona o 2,5 % w stosunku do oferty Natalii Fischer z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 0,20 punktu),
- Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp.: 174 650,00 zł dla zakresu podstawowego (wartość pomniejszona o 10 % w stosunku do oferty niewybranej z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 12,05 punktu).

Po dokonaniu powyższych obliczeń, kwota jaka pozostała w stosunku do wartości zamówienia pozwoliła na dodanie do wartości wyjściowej dla pięciu oferentów dla zakresu podstawowego – kwoty 25 140,45 zł dla oferty, gdyż szósty oferent zaproponował w złożonej ofercie mniejszą wartość aniżeli wynosiła propozycja komisji konkursowej, a zgodnie z podjętą uchwałą z dnia 8 maja 2018 roku wskazaną jako Lp. 6 w niniejszej decyzji komisja konkursowa nie mogła zaproponować wartości świadczeń dla oferty większej niż wartość świadczeń określona w ofercie. Pozostała 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 kwoty określonej dla oferty zgodnie z ww. obliczeniem. Wartość zakupionych świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym postępowaniu wyniosła 3 799 783.83 zł.

Odnosząc się z kolei do zakresu skojarzonego tj. ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15 wskazać należy, że komisja konkursowa dokonała podziału środków finansowych zgodnie z metodologią przyjętą w przywołanej wcześniej uchwale.

Mając powyższe na względzie nie sposób zgodzić się z 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. Biorąc pod uwagę ograniczone środki finansowe, jakimi dysponuje Oddział Funduszu, 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. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, iż Odwołujący KALMEDICA podpisał protokół końcowy z negocjacji jako stanowisko zbieżne, w którym wskazano ilość jednostek rozliczeniowych oraz wartość świadczeń w obu zakresach, co oznacza iż przystał na zaproponowane mu warunki. Protokół ten posiada jednocześnie zapis mówiący o tym, że znajdują się tam ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, w zakresie liczby oraz ceny świadczeń.

Wobec powyższego zarzut Odwołującego KALMEDICA, jakoby komisja konkursowa rażąco niesprawiedliwie i błędnie dokonała podziału środków finansowych pomiędzy oferentów wybranych w postępowaniu konkursowym o nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01, należy uznać w całości za nieuzasadniony.

W odniesieniu do kolejnego zarzutu podniesionego przez Odwołującego 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 pryzmat 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 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01. Ocena ofert złożonych przez Odwołującego 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 pozaustawowych kryteriów oceny względem któregośkolwiek oferenta. Wobec powyższego zarzut Odwołującego KALMEDICA, jakoby komisja konkursowa naruszyła obiektywną ocenę posiadanego przez nich potencjału wykonawczego, pozostałych kryteriów nieocenowych oraz dotychczasowy poziom realizacji kontraktu, należy uznać za chybiony. Oferta Odwołującego KALMEDICA została prawidłowo oceniona pod względem deklarowanych przez niego odpowiedzi na pytania ankietowe oraz późniejszej ich weryfikacji, a punkty w ramach kryteriów nieocenowych, tj. jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości, zostały przyznane zgodnie z tym, co znalazło się w treści ankiety. Należy podkreślić, iż Odwołujący KALMEDICA uzyskał największą liczbę punktów w zakresie kryterium jakości udzielanych świadczeń, a ponadto przyznano mu także punkty za ciągłość udzielania świadczeń oraz za realizację umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przyszpitalnej, co było jedną z dwóch kategorii kryterium kompleksowości. Nie sposób zatem stwierdzić, iż komisja konkursowa pominęła spełnianie przez Odwołującego 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 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 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 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 finansowych 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 KALMEDICA należy uznać w całości za nieuzasadniony.

Mając powyższe na względzie, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie znalazł podstaw do uwzględnienia odwołania wniesionego przez Odwołującego KALMEDICA oraz ponownego przeprowadzenia postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, jak również do dokonania ponownego podziału środków finansowych pomiędzy wybranymi

świadczeniodawców i przyznania Odwołującemu KALMEDICA większej wartości kontraktu. W oparciu o motywy wskazane w uzasadnieniu do rozpatrzonych w całości zarzutów Odwołującego KALMEDICA stwierdzić należy, iż wartość przyznanych mu 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.

Należy raz jeszcze podkreślić, że komisja konkursowa nie może autonomicznie kształtować kryteriów oceny ofert w stosunku do poszczególnych oferentów, bowiem taki sposób postępowania nie urzeczywistniałby zasady równego traktowania i zachowania uczciwej konkurencji, wyrażonej w art. 134 ust. 1 Ustawy. Wskazania wymaga, iż wyłonienie świadczeniodawcy w postępowaniu konkursowym ma na celu przede wszystkim realizację ustawowego zadania tj. zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze. Ponadto podkreślić ponownie należy, że Odwołujący KALMEDICA składając ofertę w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 złożył oświadczenie według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., że zapoznał się z przepisami przedmiotowego zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń i że przyjmuje je do stosowania. Tym samym należy przyjąć, że miał możliwość i zapoznał się z treścią ogłoszenia, a więc znane były mu przepisy i wyrażone w nich zasady, w oparciu o które przeprowadzone zostało przedmiotowe postępowanie. Ponadto w przedmiotowym ogłoszeniu znalazła się informacja o udostępnieniu wszystkich materiałów informacyjnych zarówno w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i na stronie internetowej www.nfz-poznan.pl.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji Odwołującego Amika należy wskazać, co następuje.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania oraz uzupełnienia do odwołania złożonego przez Odwołującego Amika dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 maja 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, wyjaśnić należy co następuje.

Podnoszony przez Odwołującego Amika zarzut naruszenia zasady równego traktowania, którego przejawem było niepoinformowanie Odwołującego Amika o dokonanej przez komisję konkursową zmianie odpowiedzi na pytanie ankietowe w części VIII formularza ofertowego nr 2.1.2. SPP_35 Zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej z „TAK” na „NIE” i tym samym pozbawienie możliwości złożenia przez Odwołującego Amika środka odwoławczego w postaci protestu należy uznać za nieuzasadniony. Dla dokonania oceny działania komisji konkursowej istotna pozostaje treść podjętej uchwały z dnia 27 kwietnia 2018 r., przytoczonej we wcześniejszej części decyzji zawierającej wykaz podjętych przez komisję konkursową uchwał jako lp. 9. Na gruncie tej uchwały w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w szczególności formularz ofertowy, zawierał sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, komisja konkursowa postanowiła wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku

dotatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany). Przenosząc powyższe ustalenia na grunt rozpatrywanej sprawy wskazać należy, iż taką wewnętrzną rozbieżność zawierała oferta złożona przez Odwołującego Amika, bowiem na wskazane wyżej pytanie udzieliła odpowiedzi TAK załączając jednocześnie do oferty oświadczenie, z którego jednoznacznie wynika, iż „całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia będzie łączona z dyżurem lekarskim w zakresie profilu – otolaryngologia oraz w zakresie profilu położnictwo i ginekologia w oddziale chirurgicznym”. W tym miejscu zaznaczyć należy, iż wezwaniem z dnia 17 kwietnia 2018 r. na podstawie § 17 ust. 1 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 jej pracy, komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 wezwała Odwołującego Amika m.in. do złożenia wyjaśnień w przedmiocie udzielenia odpowiedzi twierdzącej TAK na pytanie zawarte w formularzu ofertowym, rozdział 2.1. personel pkt 2.1.2 zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia. Z treści wezwania wynika również, iż przeprowadzona przez komisję konkursową weryfikacja dokumentacji oraz formularza oferty wskazuje, iż dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń będzie przez oferenta łączony z innymi oddziałami (oświadczenie str. 34 złożonej oferty). Z udzielonych przez Odwołującego Amika pisemnych wyjaśnień z dnia 18 kwietnia 2018 r. wynika, iż takiej odpowiedzi udzielił mając na względzie, to że posiada jedną komórkę organizacyjną, tj. oddział chirurgiczny, z różnymi profilami realizacji świadczeń. W udzielonej odpowiedzi wskazał również na zapewnienie zgodnie z treścią § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, a także na równoczesne spełnienie poprzez zatrudnienie lekarzy specjalistów i lekarzy specjalistów w określonej dziedzinie medycyny warunków dodatkowo ocenianych, określonych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert (...), tj. warunku 35.1.1. oraz warunku 35.1.2. W udzielonej odpowiedzi podtrzymał swoje stanowisko co do prawdziwości udzielonej odpowiedzi.

Z powyższymi wyjaśnieniami nie zgodziła się komisja konkursowa i na podstawie podjętej uchwały dokonała zmiany udzielonej odpowiedzi z „TAK” na „NIE” co pozwoliło na dalsze procedowanie złożonej przez Odwołującego Amika oferty i ujęcie jej w kolejnym rankingu oceny ofert biorących udział w spornym postępowaniu.

Na tym etapie postępowania konkursowego należało przyjąć, iż działanie komisji konkursowej było zgodne z podjętą uchwałą bowiem w ocenie komisji konkursowej z udzielonych wyjaśnień wynikało wprost, iż Odwołujący Amika nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego określonego w pytaniu ankietowym 2.1.2. VIII części formularza ofertowego. W przeciwnym wypadku, uwzględniając stanowisko komisji konkursowej, należałoby przyjąć, iż oferta zawiera nieprawdziwą informację, czego skutkiem byłoby odrzucenie oferty na podstawie art. 149 ust 1 pkt 2 Ustawy.

Rozpatrując zarzut pozbawienia możliwości złożenia protestu jako środka zaskarżenia czynności komisji konkursowej polegającej na wprowadzeniu zmiany odpowiedzi ankietowej wskazać należy, iż żaden przepis obowiązującego prawa regulujący pracę komisji konkursowej prowadzącej postępowanie konkursowe w tym: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy,

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej czy Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie nakładają na komisję konkursową obowiązku informowania o dokonaniu przez nią zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe zawarte w formularzu ofertowym. Zatem uznać należy, iż prawodawca pozostawił pewną swobodę komisji konkursowej co do podejmowanych przez nią czynności w tym zakresie. Analizując akta prowadzonego postępowania administracyjnego wszczętego m. in. z odwołania wniesionego przez Odwołującego Amika wskazać należy, iż w odniesieniu do pytania ankietowego nr 2.1.2 komisja konkursowa prowadząca sporne postępowanie nie informowała żadnego z oferentów o dokonywanej zmianie odpowiedzi na podstawie udzielonych przez oferentów wyjaśnień. Wskazać należy również, iż treść omawianego pytania ankietowego nie budzi wątpliwości interpretacyjnych. Reprezentowany zaś przez Odwołującego Amika pogląd co do zasadności udzielonej odpowiedzi „TAK” pozostaje w jawnej sprzeczności ze złożonym w ofercie oświadczeniem o łączeniu całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia z innymi profilami świadczeń realizowanymi w miejscu udzielania świadczeń - oddziale chirurgii ogólnej. Ponadto wskazać należy, iż komisja konkursowa poinformowała oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS sp. z o.o. jak i innych oferentów o zmianie udzielonej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 3.1.4. Podkreślić w tym miejscu należy, iż kwestia prawidłowości udzielania odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 3.1.4. w kontekście udzielonych wyjaśnień przez wskazanego oferenta budziła wątpliwości interpretacyjne wymagające zajęcia stanowiska przez komisję konkursową.

Reasumując stwierdzić należy, iż nie doszło do naruszenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 bowiem w kwestii informowania o zmianie odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.1.2. wszyscy oferenci, których dotyczyła zmiana pierwotnie udzielonej odpowiedzi nie byli informowani, a zatem zostali potraktowani w ten sam sposób. Analogicznie w odniesieniu do pytania ankietowego nr 3.1.4. wszyscy oferenci, których dotyczyła zmiana pierwotnie udzielonej odpowiedzi byli o tym fakcie informowani, a zatem również zostali potraktowani w ten sam sposób.

Odnosząc się do zarzutu braku możliwości zaskarżenia protestem czynności komisji konkursowej polegającej na zmianie udzielonej przez Odwołującego Amika odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.1.2. wskazać należy, iż fakt ten nie pozbawił Odwołującego Amika możliwości wniesienia środka odwoławczego bowiem zarzut ten może zostać podniesiony w środku odwoławczym przewidzianym w art. 154 ust. 1 Ustawy, zgodnie z którym świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Z tego uprawnienia Odwołujący Amika skorzystał wnosząc odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 i podnosząc zarzut niezasadnej zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.1.2.

Odnosząc się w tym miejscu do zasadności dokonanej przez komisję konkursową zmiany udzielonej przez Odwołującego Amika odpowiedzi na omawiane pytanie ankietowe z „TAK” na „NIE” należy uznać za uzasadnioną. Treść spornego pytania ankietowego poprzez sformułowanie „wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej” wskazuje na konieczność zapewnienia opieki lekarskiej w odniesieniu do przedmiotu kontraktowania, a więc w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - hospitalizacji planowej. Z samego już oświadczenia Odwołującego Amika z dnia 21 marca 2018 r. dołączonego do oferty wynika, że całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia będzie łączona z dyżurem lekarskim

w zakresie profilu otolaryngologia, położnictwo i ginekologia w oddziale chirurgicznym. Spełnienie warunku określonego w pytaniu ankietowym nr 2.1.2. VIII części formularza ofertowego w realiach posiadania jednego oddziału (chirurgii ogólnej) na którym realizowane są świadczenia o różnych profilach medycznych wiąże się de facto z koniecznością zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej w odniesieniu do każdego profilu świadczeń realizowanych w danej komórce organizacyjnej. W przypadku Odwołującego Amika wymóg ten zostałby spełniony w sytuacji zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej w odniesieniu do wszystkich profili świadczeń realizowanych w oddziale chirurgii ogólnej z osobna. Przy czym zaznaczyć należy, iż komisja konkursowa dokonała weryfikacji spełnienia warunku określonego w pytaniu ankietowym 2.1.2. wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 wg wyżej opisanej zasady, a zatem w sposób gwarantujący równe traktowanie wszystkich oferentów. W tym miejscu wskazać należy również, iż treść komunikatu nr 123/2017 dla świadczeniodawców planujących przystąpienie do postępowań konkursowych poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne – oddziały szpitalne w trybach hospitalizacja planowa i leczenie jednego dnia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na który powołuje się Odwołujący Amika, nie odnosząc się do jego treści, pozostaje bez znaczenia dla rozpatrywanej sprawy. Komunikat ten opublikowany w dniu 19 października 2017 r. przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na potrzeby prowadzonego przez ten oddział wojewódzki postępowania konkursowego nie stanowi wiążącej dla innych oddziałów wojewódzkich wykładni pytań ankietowych będących odwzorowaniem szczegółowych kryteriów oceny ofert określonych przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia wydanego na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 148 ust. 3 Ustawy.

W odniesieniu z kolei do zarzutu niezapewnienia przez Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. badania rezonansu medycznego w lokalizacji, wskazać należy, iż zarówno analiza księgi rejestrowej prowadzonej dla ww. świadczeniodawcy w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzoną przez Wojewodę Wielkopolskiego potwierdzająca pracownię rezonansu magnetycznego w strukturze ww. oferenta, jak i części V Formularza ofertowego „Wykaz zasobów” wiedzie do wniosku, że wskazany podmiot posiada w lokalizacji aparat rezonansu magnetycznego. Nadto potwierdzeniem spełnienia omawianego warunku przez Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. jest wynik weryfikacji przeprowadzonej przez komisję konkursową u oferenta w dniu 23 kwietnia 2018 roku. Wobec powyższego przedmiotowy zarzut Odwołującego Amika, jako nieznajdujący oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym, uznać należy za chybiony.

Rozpatrując argumentację Odwołującego Amika w zakresie zawarcia przez Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o. umów z podwykonawcami na okres krótszy niż czas trwania umowy będącej przedmiotem postępowania konkursowego nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01, wskazać należy, co następuje. Należy zgodzić się z poglądem Odwołującego AMIKA i przytoczonym na jego poparcie orzecnictwem Sądów Administracyjnych, iż oferta musi być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzeniu możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego. Niemniej zauważyć należy, że żaden z przepisów Ustawy, ani pozostałych aktów prawnych wskazanych w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu nie nakłada na oferenta obowiązku udokumentowania w momencie składania oferty, gdy oferent deklaruje spełnienie wybranych warunków za pomocą podwykonawców, zawarcia z podwykonawcami umów obejmujących okres od dnia złożenia oferty do ostatniego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będącej

przedmiotem postępowania konkursowego. W tym miejscu należy przytoczyć przepis § 14 ust. 1 pkt 7 Zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który stanowi, że oferta w formie pisemnej powinna zawierać w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową, kopię zawartej z podwykonawcą umowy (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli. Z treści ww. przepisu należy wywieść wniosek, iż skoro dla spełnienia omawianego warunku wystarczające jest przedstawienie zobowiązania podwykonawcy, to tym bardziej warunek ów będzie spełniony, gdy oferent przedstawia kopię zawartej umowy. Przy tym bez znaczenia jest, że umowa ta w dniu otwarcia ofert nie jest zawarta na cały czas obowiązywania umowy będącej przedmiotem postępowania, gdyż omawiany warunek winien być spełniony na dzień otwarcia ofert i przynajmniej na pierwszy dzień obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Realizacja obowiązku wykazania spełnienia warunków wymaganych od świadczeniodawców, jak i dodatkowo zadeklarowanych z udziałem podwykonawców w okresie późniejszym tj. w okresie związania już ww. umową będzie realizować się w trakcie jej obowiązywania. Ponadto nieracjonalne byłoby przyjęcie, iż zamiarem Leszczyńskiego Centrum Medycznego „VENTRICULUS” sp. z o.o. było niespełnienie przedmiotowego warunku przez cały okres obowiązywania przyszłej umowy w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu (od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku), skoro przedstawił w ofercie kopię umowy zawartej z podwykonawcą obowiązującą niemal do końca ww.umowy, tj. do dnia 31 marca 2023 roku i naraziłby się tym samym na negatywny wynik ewentualnej kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia. Bowiem brak spełnienia tego warunku np. wskutek braku zawarcia kolejnej umowy na podwykonawstwo na pozostały okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej skutkować może negatywnymi konsekwencjami wobec świadczeniodawcy przewidzianymi w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej OWU) stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. 2016 poz. 1146 z późn. zm.) np. w postaci kary umownej z tytułu udzielania świadczeń w sposób lub na warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie (30 ust. 1 pkt 3 lit. h OWU) czy rozwiązaniem umowy w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia z tytułu udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie (§ 36 ust. 1 pkt 4 OWU). Zatem z samego faktu przedstawienia umów o podwykonawstwo, których okres obowiązywania jest krótszy niż okres obowiązywania przyszłej zawieranej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie można wywodzić faktu niespełniania przez oferenta warunków wymaganych czy dodatkowo zadeklarowanych. Przyjąć za słuszne należy stanowisko komisji konkursowej, która weryfikując przedłożone przez oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 umowy z podwykonawcami, w zakresie okresu ich obowiązywania, uznawała za spełnienie warunku wymaganego czy zadeklarowanego realizowanego przez oferenta z udziałem podwykonawcy, wtedy gdy przedłożone umowy są zawarte w dniu otwarcia ofert i będą obowiązywały od początku realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przy czym wskazać w tym miejscu należy, iż umowy zawarte w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu konkursowym obowiązywać będą od dnia 1 lipca 2018 r. do dnia 30 czerwca 2023 r. Wobec powyższego zarzut niespełnienia warunków wymaganych, jak również dodatkowo zadeklarowanych przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS sp. z o. o., uznać należy za nietrafny.

Konsekwentnie za niezasadny uznać należy również kolejny zarzut podniesiony przez Odwołującego Amika odnoszący się do naruszenia przez komisję konkursową prowadzącą sporne postępowanie konkursowe art. 134 w zw. z art. 149 ust. 1 pkt 2 i 7 Ustawy w części dotyczącej nieodrzczenia ofert ww. trzech oferentów z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu omówionego powyżej zarzutu, bowiem nie ziściły się sugerowane przez Odwołującego Amika przesłanki z art. 149. Ust. 1 pkt. 7 Ustawy.

W dalszej części uzasadnienia podniesionego zarzutu naruszenia przez komisję konkursową art. 134 w zw. z art. 149 ust 1 pkt 2 i 7, Odwołujący Amika wskazuje na obowiązek komisji konkursowej odrzucenia oferty złożonej przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS sp. z o. o. bez konieczności wezwania do usunięcia braków formalnych, a naruszenia zasady równego traktowania dopatruje się w przyjęciu przez komisję konkursową oświadczenia o kontynuacji umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej datowanego na dzień 4 kwietnia 2018 r., a więc po upływie terminu składania ofert, a tym samym modyfikacji (uzupełnieniu) oferty wbrew postanowieniom § 18 Zarządzenia nr 18/2017/DSOZ. Rozpatrując powyższy zarzut wskazać należy, iż § 14 ust. 1 przywołanego przez Odwołującego Amika Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określa jakie dokumenty i oświadczenia powinna zawierać oferta. Jednym z takich dokumentów wskazanych w pkt 6 § 14 ust. 1 jest kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy. Przy czym, co istotne w rozpatrywanej sprawie, oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także własne oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. Z art. 149 ust 3 Ustawy wynika wprost, iż w przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS sp. z o. o. dołączył do złożonej w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 oferty kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, jednak okres ubezpieczenia wskazany w polisie nie obejmował całego okresu obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wezwaniem z dnia 3 kwietnia 2018 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 wezwała powyższego oferenta do usunięcia braku formalnego w terminie do dnia 6 kwietnia 2018 roku pod rygorem odrzucenia oferty. Powyższy brak formalny został uzupełniony w dniu 4 kwietnia 2018 roku, a więc w terminie wyznaczonym przez komisję konkursową co zostało odnotowane w potwierdzeniu uzupełnienia braków formalnych oferty dołączonym przez komisję konkursową do ofert. Wskazać przy tym należy, iż w odniesieniu do braku formalnego jakim niewątpliwie jest brak w ofercie dokumentu: kopii polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy OC w tym oświadczenie oferenta o zobowiązaniu się do zawarcia takiej umowy, nie można mówić o ziszczeniu się przesłanki odrzucenia oferty określonej w art. 149 ust 1 pkt 2 i 7 bowiem te odnoszą się do zawarcia w ofercie nieprawdziwych informacji oraz niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 149 ust. 1 pkt 2. Zatem jak wskazuje Odwołujący Amika, podstawy odrzucenia oferty wskazane w art. 149 ust. 1 pkt 2 i 7 Ustawy odnoszą się do kwestii merytorycznych, a za takie nie można uznać braku dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy OC. W świetle powyższego za słuszne należy uznać działanie komisji konkursowej polegające na wezwaniu oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS sp. z o. o. do uzupełnienia braku formalnego, a następnie przyjęcie złożonego w dniu 4 kwietnia 2018 roku oświadczenia o zobowiązaniu się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności

cywilnej na okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Bez znaczenia pozostaje tutaj kwestia daty złożonego przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS sp. z o. o. oświadczenia, bowiem stanowi ono zobowiązanie do kontynuacji obowiązującej w dacie otwarcia oferty (3 kwietnia 2018 roku) polisy OC i aktualnej na dzień obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (1 lipca 2018 roku). Nadto zauważyć należy, iż oferent uzupełnił brak w formie własnego oświadczenia woli, zatem trudno oczekiwać, aby takie oświadczenie musiało być składane z datą wcześniejszą niż wezwanie do jego złożenia dla potwierdzenia rzeczywistej woli dokonania czynności w nim wskazanej.

Analogiczne argumenty przemawiają za nieprzyznaniem racji Odwołującemu Amika odnośnie działania komisji konkursowej polegającego na wezwaniu do uzupełnienia braku formalnego, a następnie przyjęcie złożonego w dniu 5 kwietnia 2018 roku oświadczenia o zobowiązaniu do kontynuacji umowy ubezpieczenia OC przez oferenta Natalię Fischer.

Rozpatrując kolejne argumenty uzasadnienia zarzutu naruszenia przez komisję konkursową art. 134 w zw. z art. 149 ust. 1 pkt 2 i 7 Ustawy odnoszące się do oferenta „Medicus-Bonus” sp. z o.o. należy wskazać na podjętą przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 uchwałę z dnia 9 maja 2018 r. w przedmiocie sposobu zabezpieczenia przez oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji planowej warunku określonego w § 4 ust. 1, pkt 2, lit. a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wskazanej we wcześniejszej części decyzji zawierającej wykaz podjętych przez komisję konkursową uchwał. Zgodnie z podjętą uchwałą komisja konkursowa postanowiła wezwać do złożenia wyjaśnień w przedmiocie spełniania ww. warunku tych oferentów, którzy dołączyli do oferty umowy na podwykonawstwo w powyższym zakresie budzące jednak w swojej treści wątpliwość komisji konkursowej co do zagwarantowania przyjęcia pacjenta do leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w podmiocie podwykonawcy w stanie zagrożenia życia bez żadnych ograniczeń, w każdej wymagającej tego sytuacji.

Nadto dla rozstrzygnięcia zasadności postawionego zarzutu należy przytoczyć również treść § 4 ust. 1, pkt 2, lit a ww. rozporządzenia, który w przypadku braku w strukturze organizacyjnej OAiIT oprócz konieczności posiadania przez świadczeniodawcę co najmniej jednego stanowiska intensywnej terapii, wskazuje na konieczność zapewnienia prawidłowości leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy, zlokalizowanego nie dalej niż w sąsiednim powiecie, który udziela świadczeń w tym zakresie, pod warunkiem zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości postępowania, w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego.

Co istotne wszyscy oferenci biorący udział w omawianym postępowaniu konkursowym, którzy nie posiadają w swojej strukturze organizacyjnej OAiIT dołączyli do oferty umowy o współpracy z innymi placówkami, które taki oddział w swojej strukturze organizacyjnej posiadają.

Spełnienie warunku określonego w § 4 ust. 1, pkt 2, lit. a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w brzmieniu: (...) zapewnić prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy, zlokalizowanego nie dalej niż w sąsiednim powiecie, który udziela świadczeń w tym zakresie (...), realizuje się poprzez wskazanie odpowiedniej umowy z innym podmiotem tj. umowy o podwykonawstwo / umowy o współpracy, której przedmiot odpowiada ww.

warunkowi. Nadto komisja konkursowa w podjętej uchwale z dnia 5 maja 2018 r. postanowiła przyjąć wyjaśnienia wszystkich oferentów w przedmiocie zabezpieczenia warunku określonego w pkt 1 niniejszej uchwały, uznając, iż umowy na podwykonawstwo / umowy o współpracy w przedmiotowym zakresie formalizują jedynie procedurę zapewnienia prawidłowości leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy i w żaden sposób nie ograniczają przyjęcia pacjentów na oddział anestezjologii i intensywnej terapii w sytuacji nagłego zagrożenia życia w tym również wyjaśnienia złożone przez oferenta „Medicus-Bonus” sp. z o.o. W tym miejscu należy także przywołać treść art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.), który stanowi, że podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Podkreślić należy bezwzględny obowiązek podmiotów leczniczych udzielenia pomocy medycznej osobie, której życie lub zdrowie jest zagrożone. W świetle powyższego kwestia daty przedłożenia umowy z kolejnym podwykonawcą (Centrum Medyczne HCP sp. z o.o. siedzibą w Poznaniu) zawierającej zapis o bezwarunkowym charakterze realizowanych świadczeń na rzecz pacjentów ww. oferenta będących przedmiotem załączonej do oferty umowy oraz kwestionowany przez Odwołującego Amika zapis w umowie zawartej przez oferenta „Medicus-Bonus” sp. z o.o. z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Środzie Wlkp. zawierała zapis w brzmieniu „w miarę posiadanych przez Wykonawcę możliwości” pozostaje bez znaczenia dla zapewnienia deklarowanego warunku. Nadto zapis ten należy interpretować w ten sposób, że Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Środzie Wlkp. zobowiązuje się do zapewnienia prawidłowości i ciągłości leczenia w zakresie intensywnej terapii pod warunkiem braku wystąpienia okoliczności nakładających na ten podmiot obowiązku udzielenia bezzwłocznej pomocy w stanie zagrażającym życiu lub zdrowiu.

Wobec powyższego zarzut niespełnienia warunków wymaganych od świadczeniodawców jak również dodatkowo zadeklarowanych przez oferentów Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS sp. z o.o., „Medicus-Bonus” sp. z o.o. oraz Natalię Fischer uznać należy za chybiony.

Konsekwentnie za niezasadny uznać należy również kolejny zarzut podniesiony przez Odwołującego Amika odnoszący się do naruszenia przez komisję konkursową prowadzącą sporne postępowanie konkursowe art. 134 w zw. z art. 149 ust. 1 pkt 2 i 7 Ustawy w części dotyczącej nieodrzućcenie ofert ww. trzech oferentów z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu omówionego powyżej zarzutu, bowiem nie ziściły się sugerowane przez Odwołującego Amika przesłanki z art. 149. Ust. 1 pkt. 7 Ustawy.

Reasumując należy stwierdzić, że postępowanie komisji konkursowej w powyżej opisanym zakresie, nie naruszyło zasady postępowania określonej w art. 134 ust. 1 Ustawy, a zatem nie doprowadziło do uszczerbku interesu prawnego Odwołującego Amika. Tym samym argumenty i zarzuty podniesione w złożonym odwołaniu uznać należy za nietrafne.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanej przez oraz Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. należy wskazać, co następuje.

Rozpatrując zarzut, iż wskazani kontroferenci, tj.: Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak, „Medicus-Bonus” sp. z o.o., KALMEDICA sp. z o.o., Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o.o., Med-Polonia sp. z o.o. oraz Natalia Fischer zadeklarowali w złożonej przez siebie ofercie wdrożenie wielomodułowego programu higieny rąk wg standardów WHO (pytanie nr 2.3.7 w ofercie) stwierdzić należy, że w odniesieniu do oferty Piotra Nowaka, Marty Nowak, Mateusza Nowaka nie znajduje on potwierdzenia w złożonej przez nich ofercie, bowiem w odpowiedzi na przedmiotowe pytanie zaznaczyli

oni odpowiedź „NIE”. W odniesieniu z kolei do odpowiedzi na ww. pytanie przez pozostałych oferentów, wskazania wymaga, że zaznaczyli oni odpowiedź „TAK”, co skutkowało przyznaniem im 0,25 pkt. Podkreślić należy, iż w odniesieniu do spełnienia omawianego warunku ciężar dowodu spoczywał na oferentach. Komisja konkursowa uznając te odpowiedzi za prawidłowe kierowała się niebudzącymi wątpliwości dokumentami przedstawionymi przez oferentów potwierdzającymi zarówno wprowadzenie do stosowania w prowadzonych przez nich jednostkach stosownej procedury, jak i zapoznanie się z nią przez personel medyczny. Jednocześnie wskazania wymaga, że zalecany przez WHO do stosowania w podmiotach leczniczych kwestionariusz samooceny w tym zakresie nie został opracowany z myślą o prowadzeniu ocen zewnętrznych ze względu na różne uwarunkowania takie jak: poziom referencyjności, rodzaj udzielanych świadczeń oraz infrastrukturę. Z tego też względu komisja konkursowa nie wzywała oferentów do jego przedstawienia. Niejako na marginesie wskazać należy, że nawet hipotetyczne odjęcie 0,25 pkt każdemu z oferentów, który udzielił odpowiedzi twierdzącej na omawiane pytanie, nie spowodowałoby zmian w rankingu końcowym i tym samym pozostaje bez wpływu na rozstrzygnięcie postępowania nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01. Wobec powyższego argument ten uznać należy za chybiony.

W odniesieniu z kolei do zarzutu niezapewnienia przez oferentów Natalię Fischer oraz Piotra Nowaka, Martę Nowak, Mateusza Nowaka świadczeń w zakresie intensywnej terapii wskazać należy, że przedmiotowy zarzut nie znajduje potwierdzenia w materiale dowodowym. Analiza oferty Natalii Fischer potwierdza w sposób niebudzący wątpliwości spełnienie przez tego oferenta omawianego warunku, gdyż do oferty dołączona została kopia umowy nr 8/2017 z dnia 8 maja 2017 roku zawartej z Wielospecjalistycznym Szpitalem Miejskim im. Józefa Strusia w Poznaniu z terminem obowiązywania umowy od dnia 8 maja 2017 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku (karty 100-102 oferty). Wypowiedzenie umowy mającej za przedmiot świadczenia OAiIT załączone do wyjaśnień oferenta Natalii Fischer, o którym mowa w uzupełnieniu odwołania złożonym przez Odwołującego SP ZOZ w Godzisku Wlkp. dotyczyło wcześniejszej umowy w tym zakresie zawartej w 2006 roku. Umowa nr 8/2017 z dnia 8 maja 2017 roku jest kolejną umową zawartą przez oferenta i potwierdza spełnienie przez niego omawianego warunku. W tym miejscu należy stwierdzić, że pozostają aktualne argumenty przytoczone we wcześniejszej części uzasadnienia niniejszej decyzji dotyczące możliwości wykazania przez oferenta spełniania określonych warunków poprzez przedstawienie kopii umowy zawartej w tym zakresie z podwykonawcą, której okres obowiązywania obejmuje przynajmniej dzień złożenia oferty, dzień jej otwarcia oraz pierwszy dzień obowiązywania umowy będącej przedmiotem postępowania konkursowego. W odniesieniu z kolei do oferty „Medicus-Bonus” sp. z o.o. należy zwrócić uwagę zarówno na dokumenty, jak i wyjaśnienia złożone przez tego oferenta w przedmiocie zapewnienia świadczeń na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Oferent wyjaśnił, iż oprócz podpisania stosownej umowy gwarantującej udzielenie przedmiotowych świadczeń przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Środzie Wlkp. posiada we własnych zasobach nie tylko stanowisko intensywnej opieki, ale również łóżka intensywnej terapii, a dodatkowo zawarł w dniu 2 maja 2018 roku w omawianym zakresie umowę z Centrum Medycznym HCP sp. z o.o. Zatem spełnia wszystkie wymogi gwarantujące zapewnienie ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki. Co istotne i co już podniesione zostało wcześniej, są to świadczenia udzielane w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta i obowiązek ich udzielenia wynika wprost z obowiązujących przepisów. Wobec powyższego podkreślić należy, iż zarzut niespełnienia warunku zapewnienia prawidłowości i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez oferentów Natalię Fischer i Piotra Nowaka, Martę Nowak, Mateusza Nowaka nie znajduje oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym i w związku z tym nie zasługuje na uwzględnienie.

Przechodząc kolejno do ogólnie sformułowanego przez Odwołującego SP ZOZ w Godzisku Wlkp. zarzutu, że rozstrzygnięcie postępowania naruszyło zasady równego traktowania oraz zasady przejrzystości, jasności

postępowania, w świetle powyżej przytoczonych argumentów, stwierdzić należy, że analiza dokumentacji wiedzy do odwrotnego wniosku, bowiem uchwały podjęte przez komisję konkursową miały zastosowanie do wszystkich oferentów, a nadto żaden z nich nie został potraktowany odmiennie od pozostałych. Działania komisji konkursowej cechowały się transparentnością i wynikały z ekonomiki prowadzonego postępowania. Ponadto znajdowały oparcie w przepisach wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01, z którymi Odwołujący SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. zapoznał się, bowiem złożył w tym zakresie stosowne oświadczenie stanowiące załącznik do oferty.

Jednocześnie, odnosząc się do wniosku o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie rokowań, wskazania wymaga, że w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 wskazano, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 3 800 000,00 zł na okres rozliczeniowy od 1 lipca 2018 roku do 31 grudnia 2018 roku, a maksymalna liczba umów, która zostanie zawarta po przeprowadzeniu tego postępowania to 6 (słownie: sześć). Oferenci, którzy złożyli oferty korzystniejsze od Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. wykorzystali niemal całą kwotę środków finansowych przeznaczonych na realizację przedmiotowego zamówienia. Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2077 ze zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Wobec powyższego podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się w oparciu o zasadę konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp. niższej liczby punktów, aniżeli kontroferenci w rankingu końcowym, który łącznie uwzględniał kryteria jakości, dostępności, kompleksowości, ciągłości oraz ceny udzielanych świadczeń, a także wyczerpanie niemal w całości środków finansowych przez kontroferentów, którzy uzyskali większą liczbę punktów oceny i wybór do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej liczby oferentów, określonej w ogłoszeniu postępowania konkursowego, stanowiło jedyny powód niewybrania jego oferty.

Podkreślenia wymaga, że ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o warunki wymagane, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2016 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także kryteria oceny ofert wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co jest wyrazem zasady równego traktowania oferentów oraz zachowania uczciwej konkurencji. Oceny kryteriów niecenowych dokonywane były na podstawie ankiet ofertowych składanych przez oferentów, weryfikowanych następnie w toku czynności podejmowanych przez komisję konkursową, zarówno na podstawie informacji pozyskiwanych z systemów informatycznych Oddziału Funduszu oraz przeprowadzanych weryfikacji oferentów w miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz składanych przez nich wyjaśnień. W oparciu o ww. informacje, komisja konkursowa dokonała oceny ofert w zakresie kryteriów niecenowych i wytypowała świadczeniodawców, z którymi przeprowadziła następnie negocjacje co do ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie art. 142 ust. 6 Ustawy. W wyniku przeprowadzonych negocjacji dokonała wyboru sześciu świadczeniodawców, z którymi ma zostać zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15,

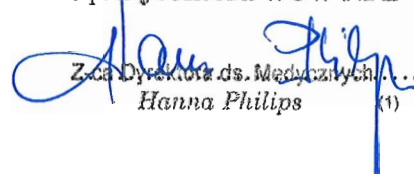
ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego.

Dzięki zindywidualizowaniu każdej ze złożonych ofert w niniejszej decyzji, poszczególni Odwołujący oraz pozostali oferenci, mają możliwość szczegółowego zapoznania się ze sposobem przyznawania punktów za poszczególne kryteria oceny u każdego z podmiotów biorących udział w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01. Poddając pod rozagę zarzuty i argumenty przedstawione przez Odwołujących, należy stwierdzić, iż nie zasługują one na uwzględnienie.

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

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionych odwołaniach nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady postępowania nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 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 ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-zabiegi endoprotezoplastyki H01, H02, H09, H10, H13, H14, H15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja planowa-pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania. Wobec powyższego odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ


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

POUCZENIE

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

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy 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 10 egz.:

- 1) Odwołujący Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp. – 1 egz.,
- 2) Odwołujący AMIKA Konsorcjum Medyczne sp. z o.o. – 1 egz.,
- 3) Odwołujący KALMEDICA sp. z o.o. – 1 egz.,
- 4) Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICILUS” sp. z o.o. – 1 egz.,
- 5) Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak – 1 egz.,
- 6) „MEDICUS-BONUS” sp. z o.o. – 1 egz.,
- 7) MED-POLONIA sp. z o.o. – 1 egz.,
- 8) Natalia Fischer – 1 egz.,
- 9) a/a – 2 egz.

Oprac. Anna Marciniak-Pilarska, Wydział Organizacyjny