

WO-DP.422.60.2018

Poznań, dnia 25 06. 2018

DECYZJA NR 57 /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 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, wniesionych odrębnie przez: AMIKA Konsorcjum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą we Wrześni (62-300), ul. Piastów 16, MED - POLONIA Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-693), ul. Obornicka 262 oraz KALMEDICA Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. Częstochowska 71-75, postanawiam:

- oddalić odwołanie złożone przez AMIKA Konsorcjum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrześni (62-300), ul. Piastów 1,
- oddalić odwołanie złożone przez MED - POLONIA Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-693), ul. Obornicka 262,
- oddalić odwołanie złożone przez KALMEDICA Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. Częstochowska 71-75.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 13 marca 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - 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 6 166 000,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 4 (słownie: cztery).

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

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

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

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

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

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

Do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęły odwołania złożone:

- dnia 25 maja 2018 roku przez AMIKA Konsorcjum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą we Wrześni (62-300), ul. Piastów 16, zwana dalej „Odwołująca AMIKA”;
- dnia 28 maja 2018 r. przez MED - POLONIA Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-693), ul. Obornicka 262, zwana dalej „Odwołująca MED - POLONIA”;
- dnia 29 maja 2018 r. przez KALMEDICA Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. Częstochowska 71-75 (nadane w urzędzie pocztowym w dniu 28 maja 2018 r.), zwana dalej „Odwołująca KALMEDICA”;

dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01. Odwołania wniesione zostały w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, Odwołująca AMIKA wniosła o udostępnienie całości dokumentacji konkursowej sporządzonej w toku postępowania, w szczególności: ofert pozostałych oferentów, łącznie z ocenami tych ofert, wykazu oferentów u których w toku postępowania dokonano kontroli, dokumentów określających zasady i kryteria wyboru oferentów, u których w czasie postępowania Komisja dokonuje kontroli, protokołów z przebiegu wszystkich kontroli przeprowadzonych u oferentów w toku postępowania, kompletnej korespondencji prowadzonej przez Komisję z oferentami, wszystkich wyjaśnień składanych przez oferentów w toku postępowania. Odwołująca AMIKA w swoim odwołaniu wskazuje, iż stosownie do przepisu art. 134 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w czasie całego postępowania konkursowego poprzedzającego zawarcie umowy 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. Odwołująca AMIKA podniosła, iż komisja konkursowa w rozstrzygnięciu nie podaje liczby punktów uzyskanych przez oferentów. Nie podaje także liczby punktów uzyskanych przez oferentów na poszczególnych płaszczyznach oceny oferty. Nadto Odwołująca AMIKA wskazała, iż w dniu 24 maja 2018 r. oferentowi odmówiono nie tylko wglądu do oceny konkurencyjnych ofert, lecz nawet wglądu do oceny oferty przez niego złożonej. Jednak zdaniem Odwołującej AMIKA nawet z pobieżnego zapoznania się z ofertami wynika, że w toku postępowania nie zachowano zasad, o których stanowi art. 134 ustawy. Odwołująca AMIKA w złożonym odwołaniu zastrzegła sobie prawo do skonkretyzowania i uzupełnienia zarzutów odwołania.

Odwołująca MED - POLONIA w swoim odwołaniu wskazała, iż jest związana kontraktem z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w powoływanym zakresie od 2009 roku. W przeciągu prawie 10 lat od kiedy realizuje procedury urologiczne poczyniła szereg inwestycji, w głównej mierze sprzętowych oraz związanych z infrastrukturą mając pełne przekonanie, iż będą one służyły pacjentom przez kolejne lata. Odwołująca podnosi również, iż poddając analizie schorzenia i problemy zdrowotne pacjentów hospitalizowanych w prowadzonym przez Odwołującą MED - POLONIA szpitalu powołany został wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny celem leczenia pacjentów również z chorobami onkologicznymi. Na kanwie pojęcia kompleksowości można uznać zdaniem Odwołującej MED- POLONIA, że pacjenci leczeni w poradni urologicznej mogli kontynuować leczenie u tych samych specjalistów w ramach leczenia szpitalnego. Odwołująca MED- POLONIA wskazuje, iż złożenie odwołania od wyniku postępowania podyktowane jest przypuszczeniem, iż nie wszystkie jednostki wyłonione w konkursie ofert do realizacji umowy spełniają wymogi dla danego zakresu świadczeń czy też warunki związane z infrastrukturą.

Nadto odwołująca MED – POLONIA podniosła, iż jako jednostka dla której komfort i bezpieczeństwo pacjentów stawiane są na pierwszym miejscu rozbudowała szpital w myśl zwiększenia dostępności (a co za tym idzie liczby łóżek) oraz bezpośredniego połączenia dodatkowym dźwigiem pomiędzy Izbą przyjęć a poszczególnymi kondygnacjami jednostki.

Jednocześnie Odwołująca MED – POLONIA w swoim odwołaniu zwraca uwagę na rzetelną realizację kontraktu przez wiele lat w ramach urologii planowej, a otrzymana propozycja Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ podczas negocjacji na poziomie wyższym niż aktualny kontrakt, została odczytana przez Odwołującą MED – POLONIA jako zaufanie do niej jako placówki oraz wskazanie, iż będzie mogła dalej realizować leczenie pacjentów.

Odwołująca KALMEDICA w swoim odwołaniu zawarła żądanie większych środków dla jej placówki, dokonania ponownego podziału środków pomiędzy podmioty wyłonione w wyniku postępowania zgodnie z dotychczasowymi zasadami przeprowadzanych konkursów przez Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu, to znaczy zgodnie z uzyskaną pozycją w rankingu ofert oraz proporcjonalnie do ilości uzyskanych punktów rankingujących.

W uzasadnieniu Odwołująca KALMEDICA podnosi, iż w rozstrzygniętym w dniu 21 maja 2018 r. postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 została:

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

Niewłaściwe działanie komisji konkursowej w ocenie Odwołującej KALMEDICA doprowadziło do przyznania nieadekwatnych (za niskich) środków dla Odwołującej KALMEDICA w stosunku do pozostałych oferentów.

Zdaniem Odwołującej KALMEDICA podział środków, w sposób rażący narusza jej interes prawny. W ocenie Odwołującej KALMEDICA w wyniku subiektywnego i błędnie przeprowadzonego przez komisję konkursową podziału środków została ona pokrzywdzona.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą AMIKA, Odwołującą MED- POLONIA oraz Odwołującą KALMEDICA Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. ww. Odwołujących oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów k.p.a., w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 19 czerwca 2018 roku.

Z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystali: Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o.o. w dniu 5 i 18 czerwca 2018 r., Prywatna Lecznica Certus Sp. z o.o. w dniu 7 czerwca 2018 r., Odwołująca AMIKA w dniu 8 czerwca 2018 r., Odwołująca MED - POLONIA w dniu 12 i 18 czerwca 2018 r. oraz Specjalistyczny Zespół Opieki Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu reprezentowany przez adwokata Michała Górskiego z Kancelarii Adwokatów i Radców Prawnych P.J. Sowisło & Topolewski S.K.A. na podstawie udzielonego pełnomocnictwa złożonego do akt sprawy w dniu 11 i 18 czerwca 2018 r.

W dniu 15 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującej AMIKA zatytułowane uzupełnienie odwołania oferenta z dnia 24 maja 2018 r. od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

W uzupełnieniu odwołania Odwołująca AMIKA zarzuciła komisji konkursowej naruszenie przepisów prawa oraz, że postępowanie prowadzone było z naruszeniem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasadę prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, wyrażoną w art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W uzupełnieniu odwołania Odwołująca AMIKA wskazała, iż zasada równego traktowania przy ustalaniu rankingu świadczeniodawców może zostać naruszona zarówno wtedy, gdy nastąpiło nieuzasadnione zaniżenie punktacji uczestnika konkursu w stosunku do innych oferentów, lub nastąpiło zawyżenie oceny innego konkurującego z nim podmiotu. Zasada ta naruszona jest także w przypadku, gdy wobec niektórych z oferentów nie zastosowano przepisów prawa, które zastosowane być powinny.

Mając na względzie powyższe - po zapoznaniu się z aktami sprawy Odwołująca AMIKA wniosła o:

- odrzucenie ofert oferentów: Prywatna Lecznica „CERTUS” Spółka z o. o., Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nad Marką i Dzieckiem w Poznaniu, Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Spółka z o. o.
- zmianę oceny w zakresie pytania zawartego w Formularzu Ofertowym, Rozdział 2.1 Personel pkt. 2.1.2 „Zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia”, poprzez przyznanie 5 punktów,

względnie unieważnienie postępowania.

W uzasadnieniu swojego wniosku Odwołująca AMIKA zarzuciła, iż w zaskarżonym postępowaniu pozbawiona została możliwości zaskarżenia czynności polegającej na wprowadzeniu zmian w odpowiedziach ankietowych. Komisja nie doręczyła Odwołującej AMIKA dokumentu w postaci „Potwierdzenia wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych”, uniemożliwiając oferentowi złożenie protestu zaskarżającego tę czynność. Jak wskazuje Odwołująca AMIKA możliwości zaskarżenia analogicznej czynności nie pozbawiono jednak innych oferentów. Potwierdzenie wprowadzenia zmiany doręczono np. oferentowi Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka z o.o., któremu dokument potwierdzający tę czynność doręczono dnia 2 maja 2018 r. przesyłką pocztową, czego dowód stanowi: Potwierdzenie wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych" z dnia 10 maja 2018 r. dołączone do oferty Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka z o. o. Zdaniem Odwołującej AMIKA bez znaczenia pozostaje ocena, czy ewentualny protest byłby skuteczny. Znaczenie ma natomiast to, że złożenie tego protestu Odwołującej AMIKA uniemożliwiono, nie zawiadamiając jej o dokonanej czynności. Już tylko ten fakt uzasadnia całkowicie zasadność składanego odwołania. Żadne zaniechanie Komisji nie może bowiem pozbawiać oferenta jego ustawowych uprawnień.

Z tej przyczyny Odwołująca AMIKA dopiero na etapie odwoławczym wskazuje, że całkowicie bezpodstawnie zakwestionowano odpowiedź Odwołującej AMIKA na pytanie zawarte w Formularzu Ofertowym, Rozdział 2.1 Personel pkt. 2.1.2 „Zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia". W wyjaśnieniu zawartym w piśmie z dnia 24 kwietnia 2018 r. Odwołująca AMIKA stwierdziła, że odpowiedzi twierdzącej na powyższe udzielono mając na względzie fakt, że posiada jedną komórkę organizacyjną, tj. Oddział Chirurgiczny, z różnymi profilami realizacji świadczeń. W oddziale tym zapewnia się - zgodnie z § 5 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tj. z 2017 r. poz. 2295) - całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia. Równocześnie Odwołująca AMIKA spełnia - poprzez zatrudnienie lekarzy specjalistów

i lekarzy specjalistów w określonej dziedzinie medycyny - warunki dodatkowo oceniane, określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.), tj. warunek 35.1.1. oraz warunek 35.1.2. Z uwagi na wieloprofilowość Oddziału Chirurgicznego - wynikającą z wpisu do Rejestru Wojewody istnieje możliwość - w ramach tej komórki - realizacji świadczeń w odpowiednich do profilu - zakresach świadczeń, tj. chirurgii ogólnej, laryngologii, ginekologii, okulistyki, urologii, ortopedii.

Wykazany personel lekarski w ofertach (nr postępowań: 18-000164/SZP/03/1/03.4610.031. 02/01, 15-18-000216/SZP/03/ 1/03.4450.071.02/01, 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031. 02/01, 15-18-000235/SZP/03/1/03.4500.031.02/01, 15-18-000221/SZP/03/1/03.4580.031. 02/01) do realizacji świadczeń w powyższych zakresach zdaniem Odwołującej AMIKA zapewnia:

1. spełnienie warunku podstawowego adekwatnie do zakresu, tj. równoważnik pełnego etatu,
2. spełnienie równocześnie, biorąc pod uwagę łączny ich czas pracy, warunku podstawowego tj. zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej - stosownie do przepisów obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2016.694 z późn. zm.) oraz zapewnienie wyodrębnionej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia w odniesieniu do warunku dodatkowo ocenianego wynikającego z 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 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372, ze zm.).

Na poparcie swojego poglądu Odwołująca AMIKA załączyła do uzupełnienia odwołania Komunikat nr 123/2017 Śląskiego OW NFZ w Katowicach, który w odniesieniu do warunku dodatkowo ocenianego „Zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia” stwierdza, że oferent, celem jego spełnienia, winien wykazać w ofercie dodatkowy (poza wymaganym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2016.694 z późn. zm.) personel lekarski. Odwołująca AMIKA wskazuje, iż z treści tego komunikatu wynika jednoznacznie, że oferent nie może wykazywać dla spełnienia tego wymogu personelu gwarantującego spełnianie warunku podstawowego („wymaganego”), natomiast nie zakazuje wliczenia dla spełnienia tego warunku czasu pracy lekarza wykazanego jako równoważnik co najmniej 1 etatu lekarza specjalisty - w niniejszym przypadku czasu pracy lekarza specjalisty w dziedzinie urologii.

Zdaniem Odwołującej AMIKA, gdyby zawiadomiono ją o zmianie odpowiedzi, wszelkie powyższe wyjaśnienia zostałyby zawarte w proteście - łącznie z matematycznym rozliczeniem czasu pracy personelu lekarskiego wykazanego w ofertach będących w posiadaniu WOW NFZ.

Ponadto Odwołująca AMIKA w uzupełnieniu odwołania stwierdził, że jak wynika z § 5 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 r. poz. 1372) oferent, który deklaruje spełnienie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełnić w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej. Zgodnie z orzecznictwem Naczelnego Sądu Administracyjnego określone dla oferentów przez NFZ warunki muszą zostać spełnione najdalej na ostatni dzień składania ofert. Oferta musi zatem być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzenia możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego (v. wyroki NSA z dnia 25 maja 2017 r., sygn. Akt II GSK

2345/15, z dnia 22 kwietnia 2015 r., sygn. Akt II GSK 816/14, z dnia 11 października 2016 r., sygn. Akt II GSK 912/15). Ostatni dzień składania ofert w niniejszym postępowaniu upływał dnia 27 marca 2018 r., zaś okres obowiązywania umowy to okres od dnia 1 lipca 2018 r. do dnia 30 czerwca 2023 r. Odwołująca AMIKA podniosła, iż warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych przez cały okres realizacji przyszłej umowy nie spełnili oferenci:

1. Leszczyńskie Centrum VENTRJCULUS Spółka z o.o. - w zakresie:

- a) zapewnienia badań rezonansu magnetycznego - umowa nr 04/04/DEŚM/2018 z dnia 23 stycznia 2018 r. zawarta z Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z/s w Poznaniu, która została zawarta na czas określony - do dnia 31 marca 2023 r., gdy tymczasem okres realizacji umowy w niniejszym postępowaniu upływa z dniem 30 czerwca 2023 r.,
- b) zapewnienia na rzecz pacjentów hospitalizowanych ciągłości leczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii - umowa o współpracy z dnia 24 stycznia 2018 r. zawarta z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym z/s w Lesznie, która została zawarta na czas określony - do dnia 31 marca 2023 r., gdy tymczasem okres realizacji umowy w niniejszym postępowaniu upływa z dniem 30 czerwca 2023 r.,
- c) transportu sanitarnego - umowa z dnia 24 stycznia 2018 r. zawarta z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Lesznie, która została zawarta na czas określony - do dnia 31 marca 2023 r., z/s gdy tymczasem okres realizacji umowy w niniejszym postępowaniu upływa z dniem 30 czerwca 2023 r.

2. Prywatna Lecznica „CERTUS” Spółka z o.o. - w zakresie zapewnienia na rzecz pacjentów całodobowego dostępu do badań laboratoryjnych. Umowa na te badania zawarta z SYNEVO Sp. z o.o., jak wynika z treści jej § 13, została zawarta na czas określony - do dnia 31 maja 2022 r., po którym cyt.: „o ile żadna ze stron nie wyrazi wobec tego sprzeciwu” ulega przedłużeniu na czas nieokreślony. Z treści umowy wynika zatem jednoznacznie, że umowę zawarto na czas określony, do dnia 31 maja 2022 r., jedynie „z możliwością” jej przekształcenia w umowę na czas nieokreślony. Tymczasem okres realizacji umowy w niniejszym postępowaniu upływa z dniem 30 czerwca 2023 r. i w całym tym okresie dostęp do badań powinien być przez świadczeniodawcę zapewniony, bez względu na możliwość spełnienia się zdarzenia przyszłego i niepewnego w postaci niezłożenia sprzeciwu w zakresie przedłużenia umowy przez którąkolwiek ze stron – oferenta lub podwykonawcę.

3. Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem z/s w Poznaniu.

Zgodnie z § 4 ust. I 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. z 2017 r., poz. 2295) warunkiem wymaganym jest - w przypadku braku w strukturze organizacyjnej OAiT - zapewnienie na rzecz pacjentów hospitalizowanych prawidłowości leczenia i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii leczenia u innego świadczeniodawcy. Oczywiście jest, że warunek ten musi być spełniony na dzień złożenia oferty oraz przez cały okres realizacji umowy. Tymczasem, jak wynika z treści aneksu nr 1 z dnia 9 grudnia 2016 r. do porozumienia z dnia 7 grudnia 2011 r., zawartego przez tego oferenta ze Szpitalem w Puszczykowie im. Prof. S.T. Dąbrowskiego S.A. z/s w Puszczykowie umowę zawarto na czas określony - do dnia 31 grudnia 2018 r., gdy tymczasem okres realizacji umowy w niniejszym postępowaniu upływa z dniem 30 czerwca 2023 r.. Analogiczne zastrzeżenia budzą w ocenie Odwołującej AMIKA kolejne umowy zawarte z:

Ginekologiczno-Położniczym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego z/s w Poznaniu na badania diagnostyczne (umowa na czas określony do dnia 31 grudnia 2018 r. - dowód: aneks nr 5

z dnia 21 listopada 2016 r.), Wielospecjalistycznym Szpitalem Miejskim im. J. Strusia z/s w Poznaniu na badania endoskopowe (umowa na czas określony do dnia 31 grudnia 2018 r. - dowód: aneks nr 1 z dnia 21 listopada 2016 r.), Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z/s w Poznaniu na badania rezonansu magnetycznego (umowa na czas określony do dnia 31 grudnia 2022 r. - dowód: aneks nr 1 do umowy nr RM/419/2014/1).

Odwołująca AMIKA w uzupełnieniu do odwołania zarzuciła, że w toku postępowania naruszono przepis art. 134 w zw. z art. 149 ust. 1 pkt 2 i 7 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z ogłoszeniem o przedmiotowym postępowaniu oferty mogły składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów i spełniające wymagania określone w:

1. Rozporządzeniu 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),
2. 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 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372, ze zm.),
3. Rozporządzeniu 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.),
4. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2016 r., poz. 1146, ze zm.),
5. Zarządzeniu Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne (ze zm.),
6. Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 19/2017 /DSOZ z dnia 15 marca 2017 r.

Odwołująca AMIKA podniosła, iż z przepisu art. 149 ust. 1 ustawy o świadczeniach wynika, że przepis ten wymienia enumeratywnie przyczyny odrzucenia oferty. Przyczyny te mają różny charakter, a ich wystąpienie wywołuje różne skutki. Przyczyny objęte art. 149 ust. 1 pkt 7 - tj. niespełnienie przez oferenta lub ofertę warunków wymaganych w określonych przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 - dotyczą kwestii merytorycznych. Oznacza to, że wymagania wynikające z przepisów prawa ustawodawca uznał za konieczne, a brak ich spełnienia uniemożliwia dopuszczenie oferty do konkursu - tzw. braki nieusuwalne. Podkreślić należy, że innego rodzaju wymagania formalne i nieprzedstawienie wszystkich wymaganych dokumentów uznane zostały za braki usuwalne, a do odrzucenia oferty może dojść dopiero po nieusunięciu ich w terminie wyznaczonym przez komisję konkursową stosownie do art. 149 ust. 3 ustawy (dla porównania Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 listopada 2017 r. V CSK 57/17).

Z punktu widzenia powyższych przepisów zdaniem Odwołującej AMIKA odrzuceniu – bez wezwania do usunięcia braków formalnych - podlegały bezsprzecznie oferty złożone przez:

- a) Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka z o.o. - z przyczyn wyżej już omówionych, a także ze względu na to, że Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka z o.o. nie przedłożyło wymaganej w § 14 ust. 1 pkt 6 zarządzenia Prezesa NFZ nr 18/2017 /DSOZ z dnia 14 marca 2017

r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kopii 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, umowy przedwstępnej lub innego dokumentu, w tym także oświadczenia, stwierdzającego, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. Oferent ten przedłożył jedynie oświadczenie datowane na dzień 4 kwietnia 2018 r., w którym zobowiązał się do zawarcia stosownej umowy, jako dowód Odwołująca AMIKA wskazuje oświadczenie z dnia 4 kwietnia 2018 r. pozostające w aktach sprawy. Z dokumentu tego wynika w ocenie Odwołującej AMIKA jednoznacznie, że na dzień złożenia oferty Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka z o.o. nie spełniało warunku określonego w § 14 ust. 1 pkt. 7 zarządzenia nr 18/2017 /DSOZ a ofertę zmieniło (uzupełniło) wbrew postanowieniom § 18 tego zarządzenia. Odwołująca AMIKA podkreśliła, że dla wszystkich oferentów termin składania ofert upływał dnia 27 marca 2018 r. i dopuszczenie do bezprawnego uzupełnienia oferty za pomocą dokumentów powstałych po tej dacie rażąco narusza zasadę równego traktowania wszystkich oferentów wyrażoną w art. 134 ustawy o świadczeniach, ponieważ jednych oferentów zmusza do merytorycznego przygotowania oferty na określony dzień, to jest na dzień składania ofert, a innym wydłuża ten termin i zezwala na przedstawienie kompletnej oferty w dłuższym terminie;

- b) Prywatnej Lecznicy „CERTUS” Spółka z o.o. . Zgodnie z § 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. z 2017 r., poz. 2295) warunkiem wymaganym jest - w przypadku braku w strukturze organizacyjnej OaiIT zapewnienie (bez jakichkolwiek warunków i ograniczeń) na rzecz pacjentów hospitalizowanych prawidłowości leczenia i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii leczenia u innego świadczeniodawcy. Składając ofertę podmiot warunku tego nie spełnił. Dopiero w toku postępowania oferent ten przedłożył zobowiązanie Szpitala Miejskiego im. F. Raszei z/s w Poznaniu z dnia 7 maja 2018 r. o zapewnieniu ciągłości leczenia jakoby bez żadnych ograniczeń. Z dokumentu tego wynika jednak jednoznacznie, że bezwarunkowe zapewnienie ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii leczenia dotyczy wyłącznie stanów zagrożenia życia. Zdaniem Odwołującej AMIKA, nawet na dzień złożenia oświadczenia przez Szpital Miejski im. F. Raszei z/s w Poznaniu, tj. na dzień 7 maja 2018 r. oferent nie spełniał jednego z tzw. warunków wymaganych, a zatem jego oferta winna być odrzucona - zarówno w dacie złożenia oferty, jak i po przedłożeniu oświadczenia z dnia 7 maja 2018 r., Odwołująca AMIKA podkreśliła, że dla wszystkich oferentów termin składania ofert upływał dnia 27 marca 2018 r. i dopuszczenie do uzupełnienia oferty za pomocą dokumentów powstałych po tej dacie rażąco narusza zasadę równego traktowania wszystkich oferentów wyrażoną w art. 134 ustawy o świadczeniach, ponieważ jednych oferentów zmusza do merytorycznego przygotowania oferty na określony dzień, to jest na dzień składania ofert, a innym wydłuża ten termin i zezwala na przedstawienie kompletnej oferty w dłuższym terminie. Odwołująca AMIKA wskazała również, iż oferta tego oferenta winna być odrzucona także z przyczyn już wcześniej omówionych wyżej;

- c) Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem z/s w Poznaniu - z przyczyn już omówionych wcześniej.

W ocenie Odwołującej AMIKA wobec faktu, że oferenci ci nie spełnili w ofercie tzw. warunków wymaganych przez przepisy, o których mowa w art. 149 ust. 1 pkt. 7 ustawy o świadczeniach ich oferty winny być odrzucone.

W końcowej części wniesionego uzupełnienia do odwołania Odwołująca AMIKA zarzuciła,

iż komisja konkursowa dopuściła także do niedopuszczalnej - z punktu widzenia § 18 zarządzenia nr 18/2017 /DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmiany oferty złożonej przez Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem z/s w Poznaniu w zakresie odpowiedzi na pytanie nr 85 ankiety: tzw. „Brak ważnej pozytywnej opinii wojewody o celowości utworzenia nowego podmiotu leczniczego, o której mowa w art. 95 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach”. Oferent ten udzielił na to pytanie odpowiedzi „NIE” a następnie skorygował swą odpowiedź na „NIE DOTYCZY” czego dowodem jest pismo oferenta z dnia 7 maja 2018 r. znak DUM-073-01-59/18 oraz potwierdzenie wprowadzenia zmiany w odpowiedziach ankietowych z dnia 9 maja 2018 r. Odwołująca AMIKA zastrzegła, że przedmiot niniejszego zrzutu nie stanowi zmiana punktacji z powodu zmiany odpowiedzi przez oferenta, bowiem zmiana ta jest z punktu widzenia punktów oceny neutralna. Odwołującej AMIKA chodzi o to, że komisja konkursowa dopuściła do zmiany odpowiedzi - niedopuszczalnej z punktu widzenia powołanego wyżej przepisu. Bezsprzecznie w ocenie Odwołującej AMIKA umożliwienie jednemu z oferentów merytorycznej zmiany odpowiedzi na pytanie ofertowe stanowi wyraz naruszenia zasady równego traktowania wszystkich oferentów wyrażonej w art. 134 ustawy o świadczeniach.

W dniu 20 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 pismo (drogą mailową), w którym przedstawiła swoje stanowisko w sprawie uzupełnienia odwołania Odwołującej AMIKA (data wpływu oryginału 25 czerwca 2018 r.).

W dniu 21 czerwca 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia strona postępowania Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nad Matką Dzieckiem reprezentowana przez pełnomocnika korzystając z uprawnień wynikających z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego złożyła pismo, w którym przedstawiła swoje stanowisko w sprawie wniesionych odwołań.

Na skutek złożonych przez Odwołującą AMIKA, Odwołującą MED – POLONIA oraz Odwołującą KALMEDICA odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 21 maja 2018 roku postępowania numer 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonym odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, oferty złożyli:

— Odwołująca AMIKA;

- Odwołująca MED– POLONIA;
- Odwołująca KALMEDICA;
- Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” Sp. z o.o.;
- Prywatna Lecznica Certus Sp. z o.o.
- Specjalistyczny Zespół Opieki nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu;
- Centrum Medyczne Ort - Medica Sp. z o.o.

Postępowanie nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

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

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wzywała dwóch z oferentów do uzupełnienia braków formalnych oferty pod rygorem odrzucenia oferty, tj. Prywatną Lecznicę Certus Sp. z o.o. oraz Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” sp. z o. o. Powyższe braki zostały uzupełnione w terminie wskazanym przez komisję konkursową. W trakcie części jawnej komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację u wszystkich oferentów. Żadna z ofert nie została odrzucona, wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania w tej części postępowania konkursowego.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem oferty 7 (słownie: siedmiu) oferentów.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie skutkowało dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalało na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016

roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie urologii
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- Uretroskop – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- Aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);

c) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:

- Świadczeniodawca realizuje świadczenia w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach.
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

d) kategorii „Pozostałe warunki”:

- 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 pielęgniarstwa, 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);

e) Jakość – „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna”

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

- szpital posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającą z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków.
 - tak (0,2 punktu);
 - nie (brak punktu)
- udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków.
 - tak (0,35 punktu);
 - nie (brak punktu)
- zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej.
 - tak (0,55 punktu);
 - nie (brak punktu)
- udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego.
 - tak (0,4 punktu);
 - nie (brak punktu)
- w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych.
 - tak (0,45 punktu);
 - nie (brak punktu)
- udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych.
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktu)
- udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku.
 - tak (0,15 punktu);
 - nie (brak punktu)
- pracownia diagnostyki mikrobiologicznej – jedna odpowiedź do wyboru:
 - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji (0,5 punktu);
 - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego (0,25 punktu);
 - pracownia diagnostyki mikrobiologicznej - w lokalizacji (0,25 punktu)
 - żadna z powyższych (brak punktu)

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

- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie.:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów);
- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową.:
 - tak (2,5 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.:
 - tak (2,5 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);

- stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,0 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.:
 - tak (0,5 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 (1,5 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.:
 - tak (1,5 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);

g) kategorii „Pozostałe warunki – część wspólna”:

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

- zewnętrzna ocena - systemy zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.
 - tak (1,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy.
 - tak (8,0 punktów);
 - nie (brak punktów);
2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety”:
- apteka szpitalna albo zakładowa – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - Realizacja umowy w zakresie urologii lub urologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii dostęp do badań i zabiegów:
- badania endoskopowe – w lokalizacji
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji
 - tak (3,00 punkt);
 - 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);
 - badania histopatologiczne śródoperacyjne – w lokalizacji;
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - leczenie nerkozastępcze – zapewnienie dostępu;
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców
 - tak (5,00 punktów)
 - nie (brak punktów)
- c) kategorii kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych:
- realizacja umowy w następujących zakresach:

- chemioterapia – hospitalizacja,
 - chemioterapia – leczenie jednego dnia,
 - chemioterapia w trybie ambulatoryjnym
- tak (2,00 punkty);
- nie (brak punktów);
- realizacja umowy w następujących zakresach:
 - teleradioterapia,
 - brachyterapia,
 - terapia izotopowa
- tak (2,00 punkty);
- nie (brak punktów);

3. Dostępność – część wspólna:

- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych.:
 - tak (2,0 punkty);
 - nie (brak punktów);
- 7100 Pracownia diagnostyki laboratoryjnej – jedna odpowiedź do wyboru:
 - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, prowadząca szkolenie specjalizacyjne dla diagnostów laboratoryjnych przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego - całodobowo w lokalizacji (5,0 punktów);
 - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - całodobowo w lokalizacji ((2,0 punkty);
 - całodobowe laboratorium - w lokalizacji (1,0 punkt)
- zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji:
 - tak (1,5 punktu);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg.:
 - tak (2,5 punktu);
 - nie (brak punktów);

4. Ciągłość – część wspólna:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (1,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie – jedna odpowiedź do wyboru:
 - nieprzerwanie od 5 lat (2,0 punkty)
 - nieprzerwanie od 10 lat (4,0 punkty)

– żadna z powyższych (brak punktów)

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:
 - tak (1,0 punkt);
 - nie (brak punktów);
- brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania:
 - tak (8,0 punktów ujemnych);
 - nie (brak punktów);
 - nie dotyczy (brak punktów)

6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 5,0 punktów).

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

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

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

gdzie:

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

C_{maks} - $1,1 \times C_{NFZ}$,

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Wskazać należy również, iż komisja konkursowa mając na celu ujednolicenie prowadzonego postępowania i zagwarantowania równego traktowania wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji podjęła uchwały w szczególności:

1. Uchwała z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym.

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

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

4. Uchwała z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie podjęcia decyzji w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością, w zakresie pytania ankietowego „Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym”,

5. Uchwała z dnia 4 kwietnia 2018 r. w sposobu przeprowadzenia weryfikacji ofert pod względem merytorycznym, w tym:

- spełnienia warunków wymaganych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2295)
- spełnienia warunków rankingujących określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016, poz. 1372, ze zm.).

6. Uchwała z dnia 8 maja 2018 r. w przedmiocie sposobu dokonania podziału środków finansowych, określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert, w celu złożenia propozycji wartości świadczeń dla oferty.

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

Dnia 21 maja 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne

w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny na terenie województwa wielkopolskiego, wskazano 4 (słownie: czterech) oferentów:

- KALMEDICA Spółka z o.o.;
- Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” Sp. z o.o.;
- Prywatna Lecznica Certus Sp. z o.o.
- Specjalistyczny Zespół Opieki nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu;

Ranking końcowy ofert w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 kształtował się następująco:

Pozycja Oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
				jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
1	KALMEDICA SPÓŁKA Z O.O.	UROLOGIA 62-800 KALISZ ul. CZĘSTOCHOWSKA 71-75	5	29,35	9	6	3	0	47,35	52,35	Tak
2	LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE "VENTRICULUS" SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ UROLOGICZNY 64-100 LESZNO ul. SŁOWAŃSKA 41	5	23,7	13	6	3	0	45,7	50,7	Tak
	LESZCZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE "VENTRICULUS" SPÓŁKA Z O.O.	ODDZIAŁ UROLOGICZNY 64-100 LESZNO ul. SŁOWAŃSKA 41	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
3	PRYWATNA LECZNICA CERTUS SP. Z O.O.	ODDZIAŁ UROLOGICZNY, UL. GRUNWALDZKA 60-309 POZNAŃ-GRUNWALD ul. GRUNWALDZKA 156	4,5	32,3	4	1	5	0	42,3	46,8	Tak
	PRYWATNA LECZNICA CERTUS SP. Z O.O.	ODDZIAŁ UROLOGICZNY, UL. GRUNWALDZKA 60-309 POZNAŃ-GRUNWALD ul. GRUNWALDZKA 156	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
4	SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W POZNANIU	ODDZIAŁ UROLOGICZNY I ONKOLOGII UROLOGICZNEJ 60-235 POZNAŃ-GRUNWALD ul. JAROCZOWSKIEGO 18	4,25	24,8	7	3	5	0	39,8	44,05	Tak
	SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W POZNANIU	ODDZIAŁ UROLOGICZNY I ONKOLOGII UROLOGICZNEJ 60-235 POZNAŃ-GRUNWALD ul. JAROCZOWSKIEGO 18	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Tak
5	MED-POLONIA SP. Z O.O.	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY 60-693 POZNAŃ-STARE MIASTO ul. OBORNICKA 262	2,5	28,65	7	2	3	0	40,65	43,15	Nie
	MED-POLONIA SP. Z O.O.	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY 60-693 POZNAŃ-STARE MIASTO ul. OBORNICKA 262	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	b/d	0	Nie
6	AMIKA KONSORCJUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY 62-300 WRZEŚNIA ul. PIASTÓW 16	4,5	20,15	8	4,5	5	0	37,65	42,15	Nie

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty Odwołującej MED - POLONIA oraz Odwołującej AMIKA, gdyż liczba punktów, jaką uzyskały ich oferty w toku oceny była mniejsza w stosunku do ofert wybranych w trakcie postępowania. Ponadto wybrane w toku postępowania oferty wyczerpały maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 i wyczerpały wartość zamówienia w sposób uniemożliwiający wybór kolejnej oferty w rankingu.

W tym miejscu wskazać należy, iż oferta Odwołującej KALMEDICA została wybrana jako oferta podmiotu, z którym zostanie podpisana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny.

Podkreślić należy, że porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba punktów, która kwalifikowała ofertę do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny na terenie województwa wielkopolskiego to 44,05 punktów. I właśnie oferenci, których oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę punktów 44,05 zostali wskazani jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny.

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 3 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa, cz. 35. „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci” i Tabeli nr 4 „Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna” załącznika nr 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 3 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Odwołująca MED - POLONIA:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarowała równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie urologii za co otrzymała **12,00 punktów**,
 - nie zadeklarowała zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia za co **nie otrzymała punktów**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarowała uretroskop – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - zadeklarowała aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymała **1,00 punkt**,

- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
- zadeklarowała realizację świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach. za co otrzymała **5,00 punktów**.
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
- zadeklarowała posiadanie w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka za co **otrzymała 1,00 punkt**.
 - nie zadeklarowała posiadania 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 otrzymała punktów**.
 - nie zadeklarowała prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymała punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymała punktów**,
 - nie zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymała **0,20 punktu**,
 - zadeklarowała posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała sporządzanie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała sporządzanie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymała **0,25 punktu**,

- zadeklarowała realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymała **0,5 punktu**,
 - zadeklarowała, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymała **0,20 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków za o otrzymała **0,35 punktu**,
 - nie zadeklarowała zapewnienia konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej za o **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co otrzymała **0,40 punktu**,
 - zadeklarowała, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co otrzymała **0,45 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzieliła odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymała punktów**,
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**

- nie zadeklarowała obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - zadeklarowała nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- 7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- zadeklarowała prowadzenie historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku za otrzymała **5,00 punktów**,

- nie zadeklarowała zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem za co **nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania za co **nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała zewnętrzną ocenę - systemu zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów**,
- nie zadeklarowała zewnętrznej oceny - systemu zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji za co **nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy za co **nie otrzymała punktów**.

II. w zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - nie zadeklarowała apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego za co **nie otrzymała punktów**,
 - nie zadeklarowała realizacji umowy w zakresie urologii lub urologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej za co **nie otrzymała punktów**,
- 2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - zadeklarowała badania endoskopowe – w lokalizacji za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - zadeklarowała badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji za co otrzymała **3,00 punktów**,
 - zadeklarowała badania rentgenowskie – w lokalizacji za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała badań tomografii komputerowej – w lokalizacji za co **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała badań histopatologicznych śródoperacyjnych – w lokalizacji za co **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała leczenie nerkozastępcze – zapewnienie dostępu za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców za co **nie otrzymała punktów**,
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym za co **nie otrzymała punktów**,
 - nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa za co **nie otrzymała punktów**,

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

- zadeklarowała co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych za co otrzymała **2,00 punkty**,
- na pytanie o: 7100 Pracownię diagnostyki laboratoryjnej udzieliła odpowiedzi żadne z powyższych za co **nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała zapewnienia co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji za co **nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała 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 za co **nie otrzymała punktów**.

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

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

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

- nie zadeklarowała współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r. za co **nie otrzymała punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzieliła odpowiedzi: nie dotyczy za co **nie otrzymała żadnych punktów**.

W zakresie warunków wymaganych Odwołująca MED - POLONIA zadeklarowała, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny Odwołująca MED– POLONIA zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymała **2,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołująca AMIKA:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarowała równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie urologii za co otrzymała **12,00 punktów**,
 - zadeklarowała zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarowała uretroskop – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - zadeklarowała aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymała **1,00 punkt**,
- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - nie zadeklarowała realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co **nie otrzymała punktów**,
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - nie zadeklarowała posiadania w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatką za co **nie otrzymała punktów**.
 - zadeklarowała posiadanie co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co otrzymała **2,00 punkty**.
 - nie zadeklarowała prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymała punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
 - nie zadeklarowała udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymała punktów**,
 - nie zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **nie otrzymała punktów**,

- zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymała **0,20 punktu**,
- zadeklarowała posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,25 punktu**,
- nie zadeklarowała sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co **nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co **nie otrzymała punktu**,
- zadeklarowała wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymała **0,25 punktu**,
- zadeklarowała realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. za co otrzymała **0,25 punktu**,
- zadeklarowała, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymała **0,5 punktu**,
- zadeklarowała, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoopercyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymała **0,20 punktu**,
- zadeklarowała udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków za co otrzymała **0,35 punktu**,
- zadeklarowała zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów**,
- zadeklarowała udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co otrzymała **0,40 punktu**,
- zadeklarowała, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co otrzymała **0,45 punktu**,

- zadeklarowała udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzieliła odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymała punktów**,
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- 7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
 - nie zadeklarowała prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku za **co nie otrzymała punktów**,
 - nie zadeklarowała zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem za **co nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania za **co nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała zewnętrzną ocenę - systemu zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością za **co otrzymała 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała zewnętrznej oceny - systemu zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji za **co nie otrzymała punktów**,
 - nie zadeklarowała certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy za **co nie otrzymała punktów**,

II. w zakresie kryterium kompleksowość:

- 8) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - nie zadeklarowała apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego za **co nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała realizacji umowy w zakresie urologii lub urologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej za **co otrzymała 4,00 punkty**,
- 9) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - zadeklarowała badania endoskopowe – w lokalizacji za **co otrzymała 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji za **co nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała badania rentgenowskie – w lokalizacji za **co otrzymała 1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała badań tomografii komputerowej – w lokalizacji za **co nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarowała badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji za **co otrzymała 1,00 punkt**,

- nie zadeklarowała badań histopatologicznych śródoperacyjnych – w lokalizacji za co **nie otrzymała punktów**,
- zadeklarowała leczenie nerkozastępcze – zapewnienie dostępu za co otrzymała **1,00 punkt**,
- nie zadeklarowała realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców za co **nie otrzymała punktów**,

10) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:

- nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym za co **nie otrzymała punktów**,
- nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa za co **nie otrzymała punktów**,

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

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

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

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

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

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

inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzieliła odpowiedzi: nie dotyczy za co **nie otrzymała żadnych punktów**.

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

W zakresie kryterium ceny Odwołująca AMIKA zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,92 zł za co otrzymała **4,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołująca KALMEDICA:

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarowała równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie urologii za co otrzymała **12,00 punktów**,
 - nie zadeklarowała zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia za co **nie otrzymała punktów**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarowała uretroskop – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - zadeklarowała aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymała **1,00 punkt**,
- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - nie zadeklarowała realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co **nie otrzymała punktów**,
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarowała posiadanie w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka za co otrzymała **1,00 punkt**.
 - zadeklarowała posiadanie co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co otrzymała **2,00 punkty**.
 - nie zadeklarowała prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymała punktów**.

- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **otrzymała 0,15 punktu**,
 - zadeklarowała, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymała **0,20 punktu**,
 - zadeklarowała posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała sporządzanie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. za co otrzymała **0,25 punktu**,
 - zadeklarowała, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymała **0,50 punktu**,
 - zadeklarowała, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołooperyacyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymała **0,20 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowane wdrożenie aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków za o otrzymała **0,35 punktu**,
 - zadeklarowała zapewnienie konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej za o otrzymała **0,55 punktów**,
 - zadeklarowała udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub

- kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co otrzymała **0,40 punktu**,
- zadeklarowała, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co otrzymała **0,45 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - zadeklarowała udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymała **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzieliła odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymała punktów**,
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **przyznaniem 1,00 punktu ujemnego**,
 - nie zadeklarowała braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarowała przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

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

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

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

II. w zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - nie zadeklarowała apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego za co **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała realizacji umowy w zakresie urologii lub urologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej za co otrzymała **4,00 punkty**,

- 2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - zadeklarowała badania endoskopowe – w lokalizacji za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała badania rezonansu magnetycznego – w lokalizacji za co **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała badania rentgenowskie – w lokalizacji za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała badań tomografii komputerowej – w lokalizacji za co **nie otrzymała punktów**,
 - zadeklarowała badania ultrasonograficzne zgodne z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - zadeklarowała badania histopatologiczne śródoperacyjne – w lokalizacji za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - zadeklarowała leczenie nerkozastępcze – zapewnienie dostępu za co otrzymała **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarowała realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców za co **nie otrzymała punktów**,
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym za co **nie otrzymała punktów**,
 - nie zadeklarowała realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa za co **nie otrzymała punktów**,

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

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

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

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

- na pytanie: w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzieliła odpowiedzi: nieprzerwanie od 5 lat za co nie otrzymała **2,00 punkty**.

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

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

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

W zakresie kryterium ceny Odwołująca KALMEDICA zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymała **5,00 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Prywatna Lecznica Certus Sp. z o. o.

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie urologii za co otrzymał **12,00 punktów**,
 - zadeklarował zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia za co otrzymał **5,00 punktów**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarował uretroskop – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - zadeklarował aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymał **1,00 punkt**,
- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:

- zadeklarował realizację świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co otrzymał **5,00 punktów**,
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
- zadeklarował posiadanie w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka za co otrzymał **1,00 punkt**.
 - zadeklarował posiadanie co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co otrzymał **2,00 punkty**.
 - nie zadeklarował prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymał punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymał **0,20 punktu**,
 - zadeklarował posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymał **0,25 punktu**,
 - nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarowała wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymał **0,25 punktu**,
 - zadeklarował realizację w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. za co otrzymał **0,25 punktu**,

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

których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował 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 co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- 7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania za co otrzymał **1,00 punkt**,

- zadeklarował zewnętrzną ocenę - systemu zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością za co otrzymał **1,00 punkt**,
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny - systemu zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy za co **nie otrzymał punktów**,

II. w zakresie kryterium kompleksowość:

- 8) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego **za co nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie urologii lub urologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej za co **nie otrzymał punktów**,
- 9) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - 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 badań tomografii komputerowej – w lokalizacji za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował badania ultrasonograficzne zgodnie z profilem udzielanych świadczeń – w lokalizacji za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował badań histopatologicznych śródoperacyjnych – w lokalizacji za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował leczenie nerkozastępcze – zapewnienie dostępu za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców za co **nie otrzymał punktów**,
- 10) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa za co **nie otrzymał punktów**,

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

- nie zadeklarował co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych za co **nie otrzymał punktów**,

- na pytanie o: 7100 Pracownię diagnostyki laboratoryjnej udzielił odpowiedzi całodobowe laboratorium w lokalizacji, za co otrzymał **1,00 punkt**,
- nie zadeklarował zapewnienie co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością: 1) rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg lub 2) tomograf komputerowy o nośności co najmniej 250 kg za co **nie otrzymał punktów**.

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

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

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

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

W zakresie warunków wymaganych Oferent Prywatna Lecznica Certus Sp. z o. o. zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny Oferent Prywatna Lecznica Certus Sp. z o. o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,92 zł za co otrzymał **4,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Leszczyński Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o. o.

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:

- zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie urologii za co otrzymał **12,00 punktów**,
 - nie zadeklarował zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia za co **nie otrzymał punktów**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
- zadeklarował uretroskop – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - zadeklarował aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymał **1,00 punkt**,
- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
- nie zadeklarował realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co **nie otrzymał punktów**,
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
- nie zadeklarował posiadania w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolátky za co **nie otrzymał punktów**.
 - nie zadeklarował posiadania co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co **nie otrzymał punktów**.
 - nie zadeklarował prowadzenia w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co **nie otrzymał punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co otrzymał **0,20 punktu**,
 - zadeklarował posiadanie pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co otrzymał **0,25 punktu**,

- nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował wdrożenie programu higieny rąk w oparciu o wielomodułowe zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za co otrzymał **0,25 punktu**,
- nie zadeklarował realizacji w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, programu, o którym mowa w lp. 7. za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymał **0,50 punktu**,
- zadeklarował, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoooperacyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co otrzymał **0,20 punktu**,
- nie zadeklarował udokumentowania 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 udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował udokumentowane obowiązkowe wstępne przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co otrzymał **0,15 punktu**,
- zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymał **0,15 punktu**,
- na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzieliła odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymał punktów**,

- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub

przekazanie informacji niezgodnych ze stanem co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

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

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

II. w zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował realizację umowy w zakresie urologii lub urologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej za co otrzymał **4,00 punkty**,
- 2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - 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**,
 - zadeklarował badania histopatologiczne śródoperacyjne – w lokalizacji za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - zadeklarował leczenie nerkozastępcze – zapewnienie dostępu za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców za co **nie otrzymał punktów**,
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:

- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa za co **nie otrzymał punktów**,

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

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

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

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

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

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r. za co **nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzielił odpowiedzi: nie dotyczy za co **nie otrzymał żadnych punktów**.

W zakresie warunków wymaganych Oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o. o. zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu

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

W zakresie kryterium ceny Oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS Sp. z o. o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria „Personel” – określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarował równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie urologii za co otrzymał **12,00 punktów**,
 - nie zadeklarował zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia za co **nie otrzymał punktów**,
- 2) kategoria „Sprzęt i aparatura medyczna” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarował uretroskop – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - zadeklarował aparat USG z opcją kolorowego Dopplera – w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymał **1,00 punkt**,
- 3) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarował realizacji świadczeń w ramach umowy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach za co otrzymał **5,00 punktów**,
- 4) kategorii „Pozostałe warunki” określona w lp. I tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dla dzieci”:
 - zadeklarował posiadanie w oddziale co najmniej 1 pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatki za co otrzymał **1,00 punkt**.
 - nie zadeklarował posiadania co najmniej 1 łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia szpitalnego – w miejscu udzielania świadczeń – wpisane w rejestrze za co **nie otrzymał punktów**.
 - zadeklarował prowadzenie w oddziale szkolenia specjalistycznego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania za co otrzymał **5,00 punktów**.
- 5) kategoria „Kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej – hospitalizacja – część wspólna” - określona w lp. I tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
 - nie zadeklarował udziału nie rzadziej niż raz na 24 miesiące w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych monitorowania zakażeń, zgodnie z metodologią opracowaną przez Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), poświadczony przez jednostkę koordynującą za co **nie otrzymał punktów**,

- zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii uczestniczący co najmniej dwa razy do roku w szkoleniach zewnętrznych związanych z profilaktyką zakażeń szpitalnych i racjonalną antybiotykoterapią za co otrzymał **0,15 punktu**,
- nie zadeklarował, iż przewodniczący zespołu kontroli zakażeń szpitalnych jest zatrudniony do pełnienia tej funkcji w szpitalu na podstawie odrębnej umowy z określonymi zadaniami i uprawnieniami za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował posiadania pielęgniarek lub położnych – specjalista w dziedzinie epidemiologii lub higieny i epidemiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu przeliczeniowego na 200 łóżek, wyodrębnionych do realizacji zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował sporządzania przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci obejmującego rozpoznanie specjalistycznych dla szpitala problemów lekooporności, planu wdrożenia działań zapobiegawczych oraz oceny podjętych działań za co otrzymał **0,25 punktu**,
- zadeklarował sporządzanie przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, analiz, o których mowa w lp.5 za co otrzymał **0,25 punktów**,
- 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, opracowanie wskazania do izolacji chorych według rodzaju stwierdzonego drobnoustroju lub obrazu klinicznego wskazującego na chorobę zakaźną lub zakażenie, które wymagają izolacji chorego, oraz dokumentuje ich przestrzeganie za co otrzymał **0,50 punktu**,
- nie zadeklarował, że posiada własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoopercyjnej, wynikającej z zaleceń towarzystw naukowych, oraz nie rzadziej niż raz do roku dokumentuje jej przestrzeganie w szczególności w zakresie czasu podawania leków za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował udokumentowania wdrożenia aktualizowanego co najmniej raz na dwa lata programu polityki antybiotykowej w oparciu o rekomendacje Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków **za co otrzymał nie punktów**,
- zadeklarował zapewnienia konsultanta do spraw antybiotykoterapii - lekarz specjalista w dziedzinie: mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych, lub farmakologii klinicznej za co otrzymał **0,55 punktów**,
- nie zadeklarował udokumentowane wdrożenie, weryfikowanego nie rzadziej niż raz do roku, planu zmniejszania ryzyka wystąpienia zakażenia szpitalnego w oparciu o analizę: 1) czynników ryzyka związanych z przyjęciem świadczeniobiorcy zakażonego lub kolonizowanego niebezpiecznymi drobnoustrojami w ujęciu epidemiologicznym; 2) czynników ryzyka identyfikowanych w procesie monitorowania zakażeń szpitalnych lub prowadzenia kontroli wewnętrznych, 3) czynników ryzyka związanych z wykonywaniem procedur szczególnie narażających na wystąpienie zakażenia szpitalnego za co **nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował, że w szpitalu monitorowanie zakażeń jest prowadzone w sposób czynny - bieżący - przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Udokumentowana coroczna ocena monitorowania zakażeń obejmuje w szczególności: 1) weryfikację priorytetów monitorowania

- zakażeń; 2) analizę wyników monitorowania, opracowywanie wniosków i wdrażanie na ich podstawie działań; 3) ocenę wiarygodności uzyskanych danych za co otrzymał **0,45 punktu**,
- nie zadeklarował udokumentowania obowiązkowego wstępnego przeszkolenie pracowników działalności podstawowej z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował udokumentowany udział pracowników działalności podstawowej w szkoleniu z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, przeprowadzanym przez przedstawicieli zespołu kontroli zakażeń nie rzadziej niż raz w roku za co otrzymał **0,15 punktu**,
 - na pytanie: Pracownia diagnostyki mikrobiologicznej udzieliła odpowiedzi żadna z powyższych za co **nie otrzymał punktów**,
- 6) kategoria „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna” określona w lp. II tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na TAK, co wiązało się z otrzymaniem 1,00 ujemnego punktu**,
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielenia świadczeń nieobjętych umową co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE, co wiązało się z otrzymaniem 2,5 ujemnego punktu**,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**,
- 7) kategoria „Pozostałe warunki – część wspólna” określona w lp. III tabeli nr 4 Leczenie szpitalne – hospitalizacja planowa – część wspólna:
- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował zautomatyzowanego systemu mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem za co **nie otrzymał punktów**,
 - zadeklarował zgodności specjalności komórki organizacyjnej VIII części kodu resortowego z przedmiotem postępowania za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował zewnętrznej oceny - systemu zarządzania - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował zewnętrznej oceny - systemu zarządzania - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznawanego zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy **za co nie otrzymał punktów**,

II. w zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria „poradnie/ oddziały/ pracownie/ gabinety” – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - zadeklarował aptekę szpitalną albo zakładową – wpis w rejestrze części VIII kodu resortowego za co otrzymał **2,00 punkty**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie urologii lub urologii dziecięcej w poradni przyszpitalnej za co **nie otrzymał punktów**,
- 2) kategoria dostęp do badań i zabiegów – określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
 - 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 badań 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**,
 - zadeklarował badania histopatologiczne śródoperacyjne – w lokalizacji za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - zadeklarował leczenie nerkozastępcze – zapewnienie dostępu za co otrzymał **1,00 punkt**,
 - nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców za co **nie otrzymał punktów**,
- 3) kategoria kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych - określona w lp. II tabeli nr 3 zakres 35 „Przedmiot postępowania: Urologia / urologia dziecięca”:
- nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: chemioterapia – hospitalizacja, chemioterapia – leczenie jednego dnia, chemioterapia w trybie ambulatoryjnym za co **nie otrzymał punktów**,
 - nie zadeklarował realizacji umowy w następujących zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa za co **nie otrzymał punktów**,

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

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowanego dla osób niepełnosprawnych za co otrzymał **2,00 punkty**,
- na pytanie o: 7100 Pracownię diagnostyki laboratoryjnej udzielił odpowiedzi całodobowe laboratorium w lokalizacji udzielił odpowiedzi: całodobowe laboratorium w lokalizacji za co otrzymał **1,00 punkt**,
- nie zadeklarował zapewnienia co najmniej 1 łóżka o zwiększonej nośności co najmniej 250 kg - w lokalizacji za co **nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował 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 za co **nie otrzymał punktów**.

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

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

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

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r. za co **nie otrzymał punktów**,
- na pytanie o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzielił odpowiedzi: nie, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na NIE DOTYCZY, co nie wiązało się ze zmianą oceny punktowej.**

W zakresie warunków wymaganych Oferent Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny Oferent Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,93 zł za co otrzymał **4,25 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 w trakcie części niejawnego postępowania, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła w całości ofertę złożoną przez oferenta Ort – Medica spółka z o. o. z siedzibą w Ostrowie Wielkopolskim (63 – 400), ul. Brzozowa 7. Oferent ten w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 jak również po jego zakończeniu nie złożył środka odwoławczego, o którym mowa w art. 153 ust. 1 oraz art. 154 ust. 1 Ustawy. Odrzucona przez komisję konkursową oferta nie uczestniczyła w dalszej części procedowania wyboru najkorzystniejszej oferty złożonej przez oferenta, z którym zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny. Nadto oferent Ort – Medica spółka z o. o. nie jest stroną postępowania administracyjnego wszczętego wskutek złożonych odwołań od rozstrzygnięcia spornego postępowania konkursowego. Z tego też względu nie zostały przytoczone odpowiedzi udzielone przez oferenta Ort – Medica spółka z o. o. na pytania ankietowe z części VIII formularza ofertowego.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania oraz uzupełnienia do odwołania złożonego przez Odwołującą AMIKA dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny wyjaśnić należy, co następuje.

Podnoszony przez Odwołującą AMIKA zarzut naruszenia zasady równego traktowania, którego przejawem było niepoinformowanie Odwołującej 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 Odwołującą 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. 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 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). Przenosząc powyższe ustalenia na grunt rozpatrywanej sprawy wskazać należy, iż taką wewnętrzną rozbieżność zawierała oferta złożona przez Odwołującą 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 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640. 031.02/01 wezwała Odwołującą 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. 39 złożonej oferty). Z udzielonych przez Odwołującą AMIKA pisemnych wyjaśnień z dnia 18 kwietnia 2018 r. wynika, iż takiej odpowiedzi udzieliła mając na względzie, to że posiada jedną komórkę organizacyjną, tj. oddział chirurgiczny, z różnymi profilami realizacji świadczeń. W udzielonej odpowiedzi wskazała 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 podtrzymała 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 Odwołującą AMIKA oferty i ujęcie jej w 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 Odwołująca 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 z odwołania wniesionego przez Odwołującą 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 Odwołującą 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 Spółka 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 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 identyczny 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 Odwołującą AMIKA odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.1.2. wskazać należy, iż fakt ten nie pozbawił Odwołującą 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 o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Z tego uprawnienia Odwołująca AMIKA skorzystała wnosząc odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 Odwołującą AMIKA odpowiedzi na omawiane pytanie ankietowe z „TAK” na „NIE” należy

uznać tę decyzję 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 urologii - hospitalizacji planowej. Z samego już oświadczenia Odwołującej 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 Odwołującej 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 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 Odwołująca 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.

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 Odwołującej AMIKA.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu podniesionego przez Odwołującą AMIKA dotyczącego nie spełniania przez oferentów Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka z o. o., Prywatna Lecznica Certus Spółka z o. o. oraz Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych przez cały okres realizacji przyszłej umowy w związku z załączeniem do ofert biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 umów z podwykonawcami, których okres obowiązywania jest krótszy niż okres realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tj. do 30 czerwca 2023 r. należy wskazać, co następuje.

Należy zgodzić się z poglądem Odwołującej AMIKA i przytoczonym na jego poparcie orzecznictwem 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 stworzenia możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego. Jak wynika z przywołanego przez Odwołującą AMIKA § 5 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 „Oferent, który deklaruje spełnienie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełnić w okresie związania ofertą oraz

przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej”. Nadto konieczność spełnienia określonych warunków wymaganych od świadczeniodawców przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji planowej w tym świadczeń będących przedmiotem postępowania konkursowego nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01, została wskazana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Wskazać należy jednak, iż zarówno rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego jak również 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, nie kreują obowiązku dokumentowania przez oferenta potwierdzenia spełnienia wskazanych w nich warunków realizowanych z udziałem podwykonawców przez cały okres realizacji przyszłej umowy w składanej do postępowania konkursowego ofercie. Nie oznacza to oczywiście możliwości niespełnienia warunków realizacji umowy określonych w ww. rozporządzeniach na etapie postępowania konkursowego czy w okresie późniejszej realizacji umowy. Jednak weryfikacja spełnienia warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych na etapie postępowania konkursowego następuje najpóźniej na dzień otwarcia ofert bowiem w tym dniu zamawiający może zapoznać się treścią oferty i na ten dzień oferent musi wykazać spełnienie warunków wymaganych i dodatkowo zadeklarowanych od początku okresu obowiązywania przyszłej umowy. Natomiast realizacja obowiązku wykazania spełnienia warunków wymaganych od świadczeniodawców jaki i dodatkowo zadeklarowanych z udziałem podwykonawców w okresie późniejszym tj. w okresie związania już umową będzie realizować się w trakcie jej obowiązywania. 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 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.) (dalej OWU) 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). Ponadto Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w § 14 ust. 1 pkt 7 stanowi, iż 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 umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu. Sama już wykładnia językowa przywołanej jednostki redakcyjnej wiedzie do wniosku, iż załączone przez oferentów umowy o podwykonawstwo nie muszą dokumentować zawarcia przez oferenta umowy o podwykonawstwo na cały okres obowiązywania przyszłej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tak też 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 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 obowiązujące 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 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01, zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu konkursowym, obowiązywać będą od dnia 1 lipca 2018 r. do dnia 30 czerwca 2023 r.

W świetle powyższego uznać należy, iż kwestionowane przez Odwołującą AMIKA umowy zawarte z podwykonawcami, dołączone do oferty przez pierwszego ze wskazanych w uzupełnieniu odwołania oferenta – Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS spółka z o.o., tj.:

- umowa nr 04/04/DEŚM/2018 z dnia 23 stycznia 2018 r. zawarta z Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Poznaniu na okres od 23 stycznia 2018 r. do 31 marca 2023 r.,
- umowa o współpracy z dnia 24 stycznia 2018 r. zawarta z wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Lesznie na okres od dnia 24 stycznia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r.,
- umowa z dnia 24 stycznia 2018 r. zawarta z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Lesznie na okres obowiązywania od 24 stycznia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r.,

spełniają wymóg zapewnienia dostępu do wskazanych w nich świadczeń na dzień otwarcia ofert, tj. 3 kwietnia 2018 r. oraz od początku obowiązywania umowy tj. od 1 lipca 2018 r.

Również umowa zawarta w dniu 26 kwietnia 2017 r. przez oferenta Prywatna Lecznica Certus Spółka z o. o. z Synevo Spółka z o. o. spełnia wymóg zapewnienia dostępu do wskazanych w niej świadczeń na dzień otwarcia ofert, tj. 3 kwietnia 2018 r. oraz od początku obowiązywania umowy tj. od 1 lipca 2018 r., bowiem została zawarta na okres od 1 czerwca 2017 r. na czas określony 5 lat licząc od 1 czerwca 2017 r. do 31 maja 2022 r. Przy czym zawarty warunek jej przedłużenia na okres nieoznaczony pozostaje bez znaczenia dla oceny spełnienia warunku wymaganego co do zapewnienia całodobowej dostępności do badań laboratoryjnych jak również nie ma wpływu na ocenę zasadności spełnienia warunku dodatkowo ocenianego zadeklarowanego przez oferenta Prywatna Lecznica Certus Spółka z o. o., tj. zapewnienia realizacji badań laboratoryjnych w lokalizacji, o której mowa w pytaniu ankietowym nr 3.1.4. VIII część i formularza ofertowego.

Analizując treść zakwestionowanych przez Odwołującą AMIKA umów zawartych przez oferenta Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem z podwykonawcami świadczeń opieki zdrowotnej w części odnoszącej się do okresu ich obowiązywania należy stwierdzić, iż umowy te zapewniają dostęp do świadczeń będących ich przedmiotem na dzień otwarcia ofert, tj. 3 kwietnia 2018 r. oraz od początku obowiązywania umowy, tj. od 1 lipca 2018 r., bowiem umowa :

- ze Szpitalem w Puszczykowie im Prof. S. T. Dąbrowskiego S.A. w Puszczykowie została zawarta na okres od 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.,
- z Ginekologiczno – Położniczym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu została zawarta na okres od 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.,
- z Wielospecjalistycznym Szpitalem Miejskim im J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo – Leczniczym SPZOZ w Poznaniu, została zawarta na okres od 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.,

- z Wielkopolskim Centrum Onkologii im Marii Skłodowskiej – Curie w Poznaniu została zawarta na okres od 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2022 r.

Wobec powyższego zarzut niespełnienia warunków wymaganych od świadczeniodawców jak również dodatkowo zadeklarowanych przez oferentów Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka z o. o., Prywatna Lecznica Certus Spółka z o. o. oraz Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu uznać należy za chybiony.

Konsekwentnie za niezasadny uznać należy również kolejny zarzut podniesiony przez Odwołującą 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 nieodrżucenie ofert ww. trzech oferentów z przyczyn wskazanych w uzasadnieniu omówionego powyżej zarzutu, bowiem nie ziściły się sugerowane przez Odwołującą 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, Odwołującą AMIKA wskazuje na obowiązek komisji konkursowej odrzucenia oferty złożonej przez oferenta Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka 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 Odwołującą AMIKA Zarządzenia Prezesa NFZ określa jakie dokumenty i oświadczenia powinna zawierać oferta. Jednym z takich dokumentów wskazanych w § 14 ust. 1 pkt 6 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 treści 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 VENTRICULUS Spółka z o. o. dołączył do złożonej w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 oferty kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego – szpitala nr 1016115820 (strona 139 – 141 oferty) 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 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 wezwała powyższego oferenta do usunięcia braku formalnego w terminie do dnia 6 kwietnia 2018r. pod rygorem odrzucenia oferty. Powyższy brak formalny został uzupełniony w dniu 4 kwietnia 2018 r., 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/ 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 sama Odwołująca

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 oświadczenia stwierdzającego, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. W świetle powyższego za słuszne należy uznać działanie komisji konkursowej polegające na wezwaniu oferenta Leszczyńskie Centrum VENTRICULUS Spółka z o. o. do uzupełnienia braku formalnego, a następnie przyjęcie złożonego w dniu 4 kwietnia 2018 r. 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 VENTRICULUS Spółka z o. o. oświadczenia, bowiem stanowi ono zobowiązanie do kontynuacji obowiązującej w dacie otwarcia oferty (3 kwiecień 2018 r.) polisy OC i aktualnej na dzień obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (1 lipca 2018 r.). 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.

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 Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o. należy wskazać na podjętą przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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.

Oferent Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o. wezwaniem do złożenia wyjaśnień i / lub przedłożenia dokumentów z dnia 4 maja 2018 r. został zobowiązany do przedłożenia dokumentu gwarantującego przyjęcie pacjenta do leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w stanie zagrożenia życia bez żadnych ograniczeń, w każdej wymaganej tego sytuacji w terminie do dnia 8 maja 2018 r. W udzielonej odpowiedzi Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o. w dniu 8 maja 2018 r. złożyła oświadczenie, iż umowa o współpracy z dnia 8 listopada 2011 r. zapewnia prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii bez

żadnych ograniczeń, w każdej wymagającej tego sytuacji, załączając zobowiązanie podwykonawcy do zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów w ramach OAiT bez żadnych ograniczeń.

Odnosząc się do twierdzenia Odwołującej AMIKA, iż przedłożone przez Oferenta Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o. oświadczenie podwykonawcy nie spełnia wymogu 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, gdyż odnosi się ono do zagwarantowania bezwarunkowego zapewnienia ciągłości leczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii wyłącznie do stanów zagrożenia życia wskazać należy, iż komisja konkursowa w myśl podjętej uchwały z dnia 9 maja 2018 r. wzywała oferentów do przedłożenia stosownych dokumentów w sytuacji powzięcia wątpliwości co do zagwarantowania przyjęcia pacjenta do leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w podmiocie podwykonawcy właśnie w stanie zagrożenia życia bez żadnych ograniczeń, w każdej wymagającej tego sytuacji. Powyższe znajduje uzasadnienie bowiem bezwarunkowe przekazanie pacjenta leczonego w ramach przyszłej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie urologia – hospitalizacja planowa do dalszego leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii będzie zawsze wiązało się ze stanem zagrożenia życia tego pacjenta. Niewątpliwym celem wprowadzonego wymogu od świadczeniodawców określonego w § 4 ust. 1, pkt 2, lit. a) ww. rozporządzenia jest zapewnienie bezpieczeństwa i ciągłości leczenia pacjenta właśnie w takich stanach klinicznych. Zatem argument niespełnienia wymogów określonych 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 z ww. powodu nie może zostać uwzględniony.

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 9 maja 2018 r. postanowiła przyjąć wyjaśnienia wszystkich oferentów w przedmiocie zabezpieczenia warunku określonego w § 4 ust. 1, pkt 2, lit. a) ww. rozporządzenia, 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 Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o.. W świetle powyższego kwestia daty złożenia oświadczenia przez podwykonawcę (Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu) o bezwarunkowym charakterze realizowanych świadczeń na rzecz pacjentów ww. oferenta będących przedmiotem załączonej do oferty umowy z dnia 8 listopada 2011 r. pozostaje bez znaczenia dla spełnienia omawianego wymogu.

W tym miejscu wskazać należy, iż wyżej przytaczana uchwała komisji konkursowej z dnia 9 maja 2018 r. nie kreowała nowego warunku, który winni spełnić świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia – hospitalizacja planowa w tym urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny bowiem te zostały sprecyzowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz 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, a jedynie ujednoliciła sposób postępowania komisji konkursowej przy weryfikacji omawianego warunku wymaganego, który gwarantował równe traktowanie wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01.

Nie można zgodzić się także z twierdzeniem Odwołującej AMIKA o konieczności odrzucenia oferty oferenta Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o. bez wezwania do usunięcia braku formalnego z wyżej omówionego powodu. Przede wszystkim komisja konkursowa wzywając oferenta Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o. jak również innych oferentów, do przedłożenia dokumentu gwarantującego przyjęcie pacjenta do leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w stanie zagrożenia życia bez żadnych ograniczeń w każdej wymagającej tego sytuacji działała w oparciu o § 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 pracy, który przyznaje komisji konkursowej uprawnienie żądania od oferenta złożenia wyjaśnień dotyczących oferty. Nadto w rozpatrywanej sytuacji nie można mówić o braku spełnienia warunku wymaganego przez oferenta Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o. 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 co zostało powyżej szczegółowo omówione, zatem w odniesieniu do omawianej oferty nie ziściły się przesłanki określone w art. 149 ust. 1 pkt 2 czy pkt 7 Ustawy jak twierdzi Odwołująca AMIKA.

Na marginesie dodać należy, iż idąc tokiem myślenia Odwołującej AMIKA i przyjęcie, iż wobec oferty oferenta Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o. ziściła się przesłanka odrzucenia oferty określona art. 149 ust. 1 pkt 7, należałoby odrzucić także ofertę Odwołującej AMIKA, bowiem Odwołująca AMIKA również została wezwana przez komisję konkursową do przedłożenia dokumentu gwarantującego przyjęcie pacjenta do leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w stanie zagrożenia życia bez żadnych ograniczeń w każdej wymagającej tego sytuacji. W udzielonej odpowiedzi Odwołująca AMIKA przedstawiła aneks z dnia 1 lutego 2018 r. do umowy zawartej ze Szpitalem Średzkim Serca Jezusowego Spółka z o.o. z siedzibą w Środzie Wielkopolskiej, aczkolwiek jeśli brak wzmianki o bezwarunkowym charakterze umowy miałyby być traktowany jako brak nieusuwalny skutkujący odrzuceniem oferty bez wzywania oferenta do złożenia wyjaśnień czy uzupełnienia braku jak to sugeruje Odwołująca AMIKA również jej oferta podlegałaby odrzuceniu.

Odnosząc się do ostatniego zarzutu Odwołującej AMIKA dotyczącego w jej ocenie niedopuszczalnej z punktu widzenia § 18 Zarządzenia nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmiany oferty złożonej przez oferenta Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu poprzez dokonanie przez komisję konkursową zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 6.1.2. VIII części formularza ofertowego – Ankieta wskazać należy co następuje.

Oceniając działanie komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 na tak postawiony zarzut ponownie wskazać należy na podjętą w dniu 27 kwietnia 2018 r. uchwałę w sprawie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielonych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym. Uchwała ta zakładała, iż w przypadku, 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 - 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).

Ponadto wskazać należy również na uchwałę komisji konkursowej z dnia 4 kwietnia 2018 r. dotyczącej sposobu przeprowadzania weryfikacji ofert pod względem merytorycznym przytoczonej we wcześniejszej części decyzji zawierającej wykaz podjętych przez komisję konkursową uchwał, zgodnie z którą komisja konkursowa dokonywała weryfikacji poprawności udzielenia odpowiedzi na omawiane pytanie z wykorzystaniem publicznego rejestru jakim jest Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Wobec stwierdzonej rozbieżności pomiędzy danymi w księdze rejestrowej nr 000000016142 omawianego Oferenta, w której wskazano w części dotyczącej działalności komórki organizacyjnej zakładu leczniczego – 4640 oddział urologiczny – rozpoczęcie działalności komórki organizacyjnej w dniu 15 lutego 1980 r., tj. przed dniem 29 czerwca 2016 r., a udzieloną odpowiedzią NIE na pytanie ankietowe nr 6.2.1. 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, konkursowa wezwała oferenta do złożenia wyjaśnień. W wyniku uzyskanych w dniu 8 maja 2018 r. wyjaśnień, w których oferent wskazał na błędnie udzieloną odpowiedź „NIE”, jednocześnie wskazując, iż prawidłowa odpowiedź winna brzmieć „NIE DOTYCZY”, komisja konkursowa w oparciu o podjętą w dniu 27 kwietnia 2018 r. uchwałę dokonała zmiany odpowiedzi na zgodną ze stanem faktycznym. Przy czym jak wskazuje sama Odwołująca AMIKA, zmiana ta nie spowodowała zmiany oceny oferty w punktowej ocenie ofert.

W tym miejscu zaznaczyć należy, iż podjęte przez komisję konkursową uchwały stosowane były wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 i we wszystkich sytuacjach w nich opisanym. Uchwały te mając na celu ujednolicenie sposobu dokonywanej oceny ofert wzmacniały gwarancję równego traktowania wszystkich oferentów w dokonywanej ocenie ofert, a także realizowały aktualną linię orzecniczą sądów administracyjnych. Zgonie bowiem z orzecnictwem, w przypadku udzielenia nieprawdziwej odpowiedzi na pytania ankietowe o charakterze rankingującym, oferta nie powinna zostać odrzucona, a jedyną ujemną konsekwencją powinien być brak dodatkowych punktów (wyrok WSA sygn. akt IV SA/Po 589/14, wyrok NSA sygn. akt II GSK 2623/14).

Odnosząc się do wniosku Odwołującej AMIKA o udostępnienie całości dokumentacji konkursowej sporządzonej w toku postępowania wskazać należy, iż akta sprawy zostały udostępnione Odwołującej AMIKA w dniu 8 czerwca 2018 r. w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przy ul. Piekary 14/15.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Z kolei zgodnie z ust. 2 tego przepisu wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Zasada równego traktowania świadczeniodawców może przejawiać się w różnych aspektach, natomiast przejawem jej realizacji jest stosowanie takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu. Wyrazem tego jest określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że każdy z Oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W niniejszym postępowaniu był to załącznik Nr 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne” do ww. rozporządzenia. Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01.

Stwierdzić należy, iż każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 podlegała identycznym kryteriom oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków.

Nadto, do wszystkich złożonych w toku postępowania konkursowego ofert miały zastosowanie te same zasady określone w uchwałach komisji konkursowej opisanych w początkowej części decyzji. Co istotne także, uchwały komisji konkursowej nie tworzyły nowych zasad prawnych, a jedynie dokumentowały sposób postępowania, zgodny zarówno z obowiązującymi normami prawa, jak również z ugruntowanym orzecznictwem sądowym.

Wyliczenia punktacji, stanowiące sumę wszystkich uzyskanych punktów, dokonano po weryfikacji ofert. Efektem powyższego wyliczenia był dokument „Ranking końcowy”, w którym Odwołująca AMIKA, z uwagi na najmniejszą ilość punktów, zajęła ostatnie miejsce. Ranking ten utworzono na podstawie odpowiedzi udzielonych przez Oferentów, które podlegały weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową w formularzach ofertowych, których brzmienia nie kształtuje komisja konkursowa. Formularze ofertowe są bowiem jednolite w skali kraju, opracowywane w Centrali NFZ i są odwzorowaniem kryteriów oceny ofert, w danych zakresach świadczeń, zdefiniowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i importowane do systemów informatycznych OW Funduszu do jednolitego zastosowania. Jest to typowy przykład realizacji postulatu jednolitego i równego traktowania oferentów w postępowaniach konkursowych. Odpowiedzi udzielone w ofertach zostały zweryfikowane przez komisję we właściwy sposób, m. in. przez wezwanie Oferentów do wyjaśnienia elementów spornych, analiz, dla których podstawą były dane z raportów statystyczno – medycznych przekazywane przez świadczeniodawców do tutejszego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ze zrealizowanych świadczeń w ramach posiadanych umów, czy podczas weryfikacji, o której mowa w § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania

i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, przeprowadzonych u wszystkich oferentów.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującą AMIKA punktów oceny oferty wynosiła 42,15 punktów, podczas gdy oferta złożona przez ostatniego oferenta wybranego, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia – hospitalizacja planowa, w tym – urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny otrzymała 44,05 punktów. W tym miejscu wskazania wymaga, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 13 marca 2018 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu ww. postępowania zawrze cztery umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż cztery umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia – hospitalizacja planowa, w tym – urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny, i to z oferentami, których oferta uzyskała najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanych w rankingu końcowym oferentów wyczerpał liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01, zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia – hospitalizacja planowa, w tym – urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny, w wyniku przeprowadzonego postępowania, jak również wyczerpał wartość zamówienia w sposób uniemożliwiający wybór kolejnej oferty w rankingu.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że w trakcie prowadzonego postępowania nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 o zawarcie umów w rodzaju urologia – hospitalizacja planowa, w tym – urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej AMIKA wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania złożonego przez Odwołującą MED - POLONIA dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny, wyjaśnić należy co następuje.

Podnoszone przez Odwołującą MED– POLONIA argumenty dotyczące dotychczasowej realizacji umowy w zakresie będącym przedmiotem postępowania konkursowego nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01, poczynionych inwestycji sprzętowych oraz związanych z infrastrukturą jak również powołania terapeutycznego zespołu wielodyscyplinarnego celem leczenia pacjentów z chorobami onkologicznymi znalazły swoje odzwierciedlenie w twierdzących odpowiedziach udzielonych na pytania ankietowe zawarte w VIII części formularza ofertowego – Ankieta w zakresie kryterium ciągłości, kompleksowości oraz jakości i skutkowały przyznaniem dodatkowych punktów rankingujących w dokonywanej przez komisję konkursową ocenie punktowej ofert.

Nadto wskazywana przez Odwołującą MED– POLONIA rzetelna realizacja dotychczasowej umowy w zakresie urologii – hospitalizacji planowej również została ujęta w ocenie złożonej oferty co znajduje odzwierciedlenie w części dotyczącej wyników kontroli i innych nieprawidłowości ocenianych w ramach kryterium jakości. Udzielone odpowiedzi negatywne z uwzględnieniem zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.2.14 dokonanej przez komisję konkursową na podstawie podjętej uchwały z dnia 27 kwietnia 2018 r. dotyczącej oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością, w zakresie pytania ankietowego „Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym”, wskazanej w początkowej części decyzji zawierającej wykaz podjętych przez komisję konkursową uchwał skutkowało nieotrzymaniem żadnych punktów ujemnych.

Odnosząc się do argumentu przedstawienia podczas negocjacji przez komisję konkursową propozycji finansowej na poziomie wyższym niż dotychczasowy kontrakt, przypomnieć należy, iż sam fakt przeprowadzenia negocjacji nie stanowi gwarancji podpisania przyszłej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjaśnienia wymaga, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 biorąc pod uwagę łączną ocenę uzyskaną przez Odwołującą MED - POLONIA i pozostałych oferentów na podstawie kryteriów niecenowych wypełniając dyspozycję zawartą w § 15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogłoszenia o postępowaniu, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, zaprosiła m.in. Odwołującą MED - POLONIA do negocjacji, które zakończyły się podpisaniem protokołu z negocjacji zawierającym ostateczne stanowiska w zakresie liczby i ceny. W zakresie kryterium ceny Odwołująca MED - POLONIA zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 złoty za co otrzymała 2,50 punktu. Na podstawie odpowiedzi zawartych w formularzu ofertowym jej oferta uzyskała łącznie 40,65 punktów w konsekwencji czego Odwołująca MED - POLONIA zajęła przedostatnie miejsce w rankingu końcowym, co okazało się jednak niewystarczającym do zawarcia z nią umowy. Przypomnieć należy, że zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Oferta, która zajęła najniższą pozycję w rankingu końcowym kwalifikującą do zawarcia umowy otrzymała 44,05 punktów. Uzyskany ostateczny wynik punktowy przez Odwołującą MED - POLONIA (43,15 punktów) nie pozwolił na zawarcie umowy ze Świadczeniodawcą.

Odnosząc się do wartości przedstawionej przez komisję konkursową propozycji finansowej, wskazać należy, iż została ona wyliczona na podstawie podjętej przez komisję konkursową uchwały z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie sposobu dokonania podziału środków finansowych, określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert, w celu złożenia propozycji wartości świadczeń dla oferty, wskazanej we wcześniejszej części decyzji zawierającej wykaz podjętych przez komisję uchwał.

Odnosząc się do wyrażonego w odwołaniu przypuszczenia, iż nie wszystkie jednostki wyłonione w konkursie ofert do realizacji umowy spełniają wymogi dla danego zakresu świadczeń, czy też

warunki związane z infrastrukturą wskazać należy, iż Odwołująca nie wskazuje, którzy z wytypowanych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Oferenci i których z wymaganych warunków nie spełniają.

W tym miejscu wskazać należy, iż spełnienia warunków wymaganych od świadczeniodawców określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego jak również warunków zadeklarowanych przez oferentów określonych 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 komisja konkursowa dokonała w możliwy dostępny sposób, m. in. przez wezwanie Oferentów do wyjaśnienia elementów spornych, analiz dla których podstawą były dane z raportów statystyczno – medycznych przekazywane przez świadczeniodawców do tutejszego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ze zrealizowanych świadczeń w ramach posiadanych umów, czy podczas weryfikacji, o której mowa w § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, przeprowadzonych u wszystkich oferentów, których wyniki zostały odnotowane w protokołach weryfikacji oferenta. Przy czym wskazać należy, iż przeprowadzone weryfikacje oferentów potwierdziły deklarowane przez oferentów biorących udział w spornym postępowaniu konkursowym spełnienie warunków wymaganych od świadczeniodawców wskazanych w ww. rozporządzeniu.

Nadto Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego prowadząc postępowanie administracyjne z urzędu nie stwierdził naruszenia przez komisję konkursową prowadząca postępowanie nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 interesu prawnego Odwołującej MED – POLONIA wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej MED – POLONIA wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia złożonego odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania złożonego przez Odwołującą KALMEDICA dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 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 urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny wyjaśnić należy, 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, wskazania 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 rzeczonej uchwały dla świadczeń w zakresie Urologia - hospitalizacja planowa, w tym urologia - hospitalizacja

planowa - pakiet onkologiczny - obszar kontraktowania województwo wielkopolskie [30]
przewidziany został podział środków finansowych zgodnie z którym:

- dla podmiotów leczniczych nierealizujących dotychczas świadczeń w zakresie urologii w trybie hospitalizacji – określenie wartości oraz liczby świadczeń dla oferty następowało zgodnie z zasadami wskazanymi w pkt. 2 omawianej uchwały z uwzględnieniem wyjściowej wartości świadczeń w zakresie podstawowym dla oferty na poziomie 250 000 zł oraz w zakresie skojarzonym na poziomie 100 000 zł.

Przy czym pkt 2 omawianej uchwały wskazywał ogólną zasadę podziału środków finansowych zgodnie, z którą komisja konkursowa umniejszała wartości wyjściowe o wartość obliczoną z uwzględnieniem łącznej oceny oferty uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych o:

- 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.;
- dla podmiotów leczniczych realizujących dotychczas świadczenia w zakresie urologii w trybie hospitalizacji, z uwagi na dotychczasową realizację pakietu onkologicznego oraz szeroki zakres realizowanych świadczeń (realizacja części procedur wyłącznie lub głównie przez te podmioty), tj. wg JGP: w ramach pakietu onkologicznego: L31 Radykalna prostatektomia, L00 Nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek; w ramach pakietu podstawowego: L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego, L15 Duże endoskopowe zabiegi moczowodu – dla oferty zajmującej pierwsze miejsce w rankingu: w zakresie podstawowym - określono wartość świadczeń, pozwalającą kontynuować realizację świadczeń przynajmniej na dotychczasowym poziomie, w zakresie pakiet onkologiczny - uwzględniono wartości z oferty; dla drugiej oferty: w zakresie podstawowym i w zakresie pakiet onkologiczny - określono wartości stanowiące różnicę wartości zamówienia i sumy wartości proponowanych pozostałym ofertom.

Mając na względzie powyższe ustalenia sposób podziału środków finansowych w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 przedstawiał się następująco.

Uwzględniając wartość wyjściową określoną w uchwale na poziomie 250 000,00 zł dla zakresu podstawowego oraz dla zakresu skojarzonego – pakiet onkologiczny na poziomie 100 000,00 zł w odniesieniu dla oferentów nierealizujących dotychczas umowy w zakresie urologia – hospitalizacja umniejszenie odnosiło się 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, zaś dla zakresu skojarzonego – pakiet onkologiczny odpowiednio: 2 500,00 zł, 5 000,00 zł oraz 10 000,00 zł.

Wobec powyższego podział środków finansowych pomiędzy oferentów wybranych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia – hospitalizacja planowa w tym urologia – hospitalizacja planowa – pakiet onkologiczny, którzy nie realizowali dotychczas zakresu świadczeń urologia w trybie hospitalizacji należy przedstawić następująco:

- Odwołująca KALMEDICA: 249 999,30 zł dla zakresu podstawowego. Oferent nie złożył oferty na zakres skojarzony - urologia – hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny.
- Oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne VENTRICULUS dla zakresu podstawowego 243 749,70 zł (wartość pomniejszona o 2,5 % w stosunku do oferty Odwołującej KALMEDICA, z uwagi na różnicę w ocenie oferty na poziomie 1,65 punktu) oraz 99 999,90 zł dla zakresu skojarzonego – pakiet onkologiczny.

oraz dla oferentów realizujących dotychczas świadczenia w zakresie urologia w trybie hospitalizacji:

- Prywatna Lecznica Certus Spółka z o.o.: 999 999,52 zł dla zakresu podstawowego, 299 879,52 zł dla zakresu skojarzonego – pakiet onkologiczny,
- Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nad Matką i Dzieckiem: 3 039 249,30 zł dla zakresu podstawowego, 1 233 119,55 zł dla zakresu skojarzonego – pakiet onkologiczny.

Na marginesie wskazać należy, iż określone w uchwale komisji konkursowej procedury medyczne wg JGP: w ramach pakietu onkologicznego: L31 Radykalna prostatektomia, L00 Nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek; w ramach pakietu podstawowego: L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego, L15 Duże endoskopowe zabiegi moczowodu, stanowiące kryterium wyróżnienia dwóch grup oferentów, możliwe były do realizacji również w ramach zakresu świadczeń urologia – hospitalizacja planowa. Przeprowadzona przez komisję konkursową analiza danych rozliczeniowych przekazywanych przez świadczeniodawców do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w comiesięcznych raportach statystycznych potwierdziła, iż Odwołująca KALMEDICA takich zabiegów nie wykonywała.

Co istotne weryfikacja ofert w zakresie liczby oferowanych świadczeń i przygotowania propozycji do negocjacji w odniesieniu do odrębnego miejsca udzielania świadczeń komisja konkursowa przeprowadza m. in. w oparciu o dane dotyczące pierwotnej i ostatecznej wartości kontraktu, wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym, przesunięć pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń. Na tej podstawie komisja bada, w jakim stopniu świadczeniodawca zrealizował kontrakt.

W tym miejscu nawiązać należy do drugiego z postawionych przez Odwołującą KALMEDICA zarzutów dotyczących naruszenia zasady obiektywnej oceny wykazanego potencjału oraz możliwości zrealizowania kontraktu w kolejnych okresach rozliczeniowych na podobnym, bądź wyższym poziomie przez pryzmat dotychczasowej realizacji kontraktu w przedmiotowym zakresie. Wynik porównania dotychczasowej wartości kontraktu w przedmiocie spornego postępowania w porównywalnym okresie, tj. I półroczu 2018 r. oraz wartości przyszłej umowy ustalonej w drodze negocjacji na pierwszy okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca do 31 grudnia 2018 r. wskazuje jednoznacznie na wzrost wartości przyszłej umowy o 976,50 % w odniesieniu do wartości umowy dotychczasowej. Przy czym poziom rzeczywistej realizacji dotychczasowej umowy w zakresie urologia – hospitalizacja planowa za okres I kwartału 2018 r. wynosił 104,58% w odniesieniu do wartości umowy za ten okres czasu. Zatem nie można komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 zarzucić nie uwzględnienia wykazanego w ofercie potencjału wykonawczego i pozycji oferty w rankingu oceny ofert przy ustalaniu propozycji finansowania przyszłej umowy. Z powyższych ustaleń jednoznacznie wynika, iż pozycja oferty w rankingu miała 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 mających zastosowanie do grupy oferentów nierealizujących dotychczas zakresu świadczeń urologia w trybie hospitalizacji w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia została zastosowana prawidłowo. Biorąc pod uwagę ograniczone środki finansowe, jakimi dysponuje Fundusz, nie można 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.

Odnosząc się do omawianego zarzutu zauważyć przyjdzie, że ustawodawca przewidział pewną swobodę zamawiającego w ustalaniu propozycji do negocjacji oraz ostatecznego podziału środków finansowych dopuszczając możliwość prowadzenia negocjacji co do wartości kontraktu. Podkreślić trzeba, że przygotowanie propozycji do negocjacji z kontrahentem jest czymś innym, niż ocena oferty według ustalonych kryteriów, która ma wpływ na miejsce w rankingu końcowym. Ustalona wartość kontraktu jest natomiast wynikiem przeprowadzonych negocjacji, w ramach których strony uzgodniły liczbę i cenę planowanych do wykonania świadczeń. Nie bez znaczenia pozostaje więc fakt, iż Odwołująca KALMEDICA podpisała bez zastrzeżeń protokół końcowy negocjacji jako stanowisko zbieżne, w których wskazano ilość jednostek rozliczeniowych oraz wartość świadczeń, co oznacza iż przystała na zaproponowane jej 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.

Ponadto podkreślenia wymaga, iż w żadnym przypadku zaproponowana przez komisję wartość przyszłego kontraktu nie przekroczyła deklarowanej wartości wskazanej w ofercie poszczególnych podmiotów.

Wobec powyższego zarzut Odwołującej KALMEDICA, jakoby komisja konkursowa rażąco niesprawiedliwie i błędnie dokonała podziału środków finansowych pomiędzy oferentów wybranych w postępowaniu konkursowym o nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01, należy uznać w całości za nieuzasadniony.

W uzupełnieniu stanowiska Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do drugiego zarzutu podniesionego przez Odwołującą 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 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01. Ocena ofert złożonych przez Odwołującą 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 niejawnego postępowania, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie stwierdził błędów w przyznaniu punktów oceny za poszczególne kryteria rankingujące.

Porównanie wszystkich ofert złożonych w niniejszym postępowaniu nastąpiło również zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 Ustawy, bowiem komisja konkursowa nie zastosowała żadnych pozaustawowych kryteriów oceny względem któregośkolwiek oferenta. Wobec powyższego zarzut Odwołującej KALMEDICA, jakoby komisja konkursowa naruszyła obiektywną ocenę posiadanego przez nich potencjału wykonawczego, pozostałych kryteriów niecenowych oraz dotychczasowy poziom realizacji kontraktu, należy uznać za chybiony. Oferta Odwołującej KALMEDICA została prawidłowo oceniona pod względem deklarowanych przez nich odpowiedzi na pytania ankietowe oraz późniejszej ich weryfikacji, a punkty w ramach kryteriów niecenowych, tj. jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości, zostały przyznane zgodnie z udzielonymi odpowiedziami na pytania ankietowe VIII części formularza ofertowego. Udzielone przez Odwołującą KALMEDICA oraz pozostałych oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000227/SZP/03/1/03.4640.031.02/01 odpowiedzi na pytania ankietowe oraz przyznana liczna punktów zgodna ze szczegółowymi kryteriami oceny ofert określona 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 zostały przytoczone we wcześniejszej części decyzji. Nie sposób zatem stwierdzić, iż komisja konkursowa pominęła spełnianie przez Odwołującą 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.

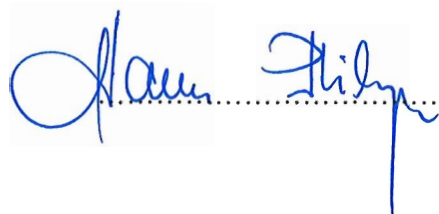
Odnosząc się do zarzutu Odwołującej KALMEDICA dotyczącego naruszenia zasady równego traktowania wszystkich podmiotów – przeprowadzania i oceniania ofert oraz podziału środków finansowych według jednolitych reguł, zasad i kryteriów, należy wskazać co następuje. Art. 134 Ustawy stanowi, iż Fundusz jest 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 niniejszym postępowaniu jest to załącznik numer 3 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne”. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność

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

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

Mając powyższe na względzie, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie znalazł podstaw do uwzględnienia odwołania i ponownego przeprowadzenia postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie urologia - hospitalizacja planowa w tym: - urologia - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny na obszarze województwa wielkopolskiego, jak również do dokonania ponownego podziału środków finansowych pomiędzy wybranych świadczeniodawców i przyznania Odwołującej KALMEDICA większej wartości kontraktu. W oparciu o motywy wskazane w uzasadnieniu do rozpatrzonych w całości zarzutów Odwołującej KALMEDICA stwierdzić należy, iż wartość przyznanych jej 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.

Uwzględniając całość dokumentacji i treść złożonych odwołań, nie stwierdzono naruszenia zasad prowadzenia postępowania przez komisję konkursową, które miałyby wpływ na interes prawny Odwołującej AMIKA, Odwołującej MED – POLONIA oraz Odwołującej KALMEDICA, w związku z powyższym nie ma podstaw do uwzględnienia żadnego z wniesionych odwołań. Wobec powyższego wszystkie odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.



POUCZENIE

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

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

Wykonano w 8 egz.:

1. Odwołująca AMIKA Konsorcjum Medyczne Spółka z o.o., ul. Piastów 16, 62-300 Września;
2. Odwołująca MED– POLONIA Spółka z o.o., ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań;
3. Odwołująca KALMEDICA Spółka z o.o. ul. Częstochowska 71 - 75;
4. Leszczyńskie Centrum Medyczne „VENTRICULUS” Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64 – 100 Leszno;
5. Prywatna Lecznica Certus Sp. z o.o., ul. Grunwaldzka 156, 60 – 309 Poznań;
6. Specjalistyczny Zespół Opieki nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu reprezentowany przez adwokata Michała Górskiego z Kancelarii Adwokatów i Radców Prawnych P.J. Sowisło & Topolewski S.K.A., ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 231/239, 61-485 Poznań;
7. a/a – 2 egz.

Opracowała: Agnieszka Burwiol, WOW NFZ.