Poznań, dnia 11 października 2018 r.

WO-DP.422.97.2018

DECYZJA NR ...93.../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 2018 r. poz. 1510 ze zm., zwanej dalej „Ustawą") 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 sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 września 2018 r. postępowania nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia dla obszaru 3007 kaliski, 3061 Kalisz, złożonego w dniu 21 września 2018 r. przez Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j., postanawiam

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy 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.), zwanego dalej: „rozporządzeniem o sposobie ogłaszania o postępowaniu", ogłosił w dniu 3 lipca 2018 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia.

W ogłoszeniu o postępowaniu numer 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 126.084,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., natomiast maksymalna liczba umów o udzielanie

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to dwie umowy.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 14 września 2018 r., 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 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 Narodowego Funduszu Zdrowia 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 Narodowego Funduszu Zdrowia.

W dniu 21 września 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wpłynęło odwołanie złożone przez Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j., dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 września 2018 r. postępowania nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, Odwołujący Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j. zarzuca rozstrzygnięciu, iż zostało dokonane z naruszeniem przepisów prawa – art. 97 ust. 3 pkt 1 Ustawy, poprzez dokonanie wyboru oferty, która nie zapewnia należytej jakości i dostępności do świadczeń na obszarze zabezpieczenia objętym przedmiotowym konkursem.

W uzasadnieniu odwołania Odwołujący Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j. wskazał, że zgodnie z brzmieniem art. 142 ust. 5 pkt 1 Ustawy w części niejawnej konkursu ofert Komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają gwarancję udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Wskazał także, iż „ustawowym zadaniem Funduszu, a celem postępowania konkursowego, jest taki wybór oferentów, aby została w pełni zapewniona gwarancja udzielania świadczeń, ich kompleksowość i dostępność. Ogłoszone wyniki postępowania nie uwzględniają takiego stanu rzeczy, czy postępowanie zostało przeprowadzone w taki sposób, a ogłoszone wyniki przedstawiają stan faktyczny".

Prowadząc postępowanie administracyjne wszczęte na skutek wniesienia odwołania złożonego przez Odwołującego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j. poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 11 października 2018 r.

W dniu 8 października 2018 r. z uprawnienia do wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j.

Na skutek złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 września 2018 r. postępowania numer 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia dla obszaru powiatu: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołującego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j. w złożonym przez niego odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, dla obszaru powiatu: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, oferty złożyli:

1. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz
2. MEDYK Jankowska, Kielek spółka jawna, ul. Szpitalna 43, 62-500 Konin,
3. Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk spółka jawna, ul. Boczna 1, 62-800 Kalisz.

Postępowanie nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, dla obszaru powiatu: 3007 kaliski, 3061 Kalisz prowadzone było w szczególności w oparciu o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.);

- 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 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. , poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- zarządzenia 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 (ze zm.);

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 3 lipca 2018 r.

W tym miejscu wskazać należy, iż Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w trakcie prowadzenia części jawnej postępowania wezwała trzech oferentów do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Komisja konkursowa nie odrzuciła żadnej z ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 2 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, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
   - personel (maksymalnie 20 pkt),
   - realizację wybranych świadczeń (maksymalnie 7 pkt),
2. jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości (maksymalna liczba punktów ujemnych – 32 pkt),
3. jakość – pozostałe warunki (maksymalnie 7 pkt), w tym:

- prowadzenie historii zdrowia i 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 przenoszenie danych za pomocą wydruku (3 pkt)
- certyfikat ISO 9001 systemy zarządzania jakością (2 pkt)
- certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych (2 pkt),

4. kompleksowość udzielania świadczeń (maksymalnie 14 punktów) oceniana poprzez:
   - realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego,
   - realizację umowy (jedna odpowiedź do wyboru):
     a) w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w lokalizacji (12 pkt)
     b) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w lokalizacji (10 pkt),
5. dostępność do świadczeń (maksymalnie 11 pkt), w tym oceniana poprzez:
   - czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu (jedna odpowiedź do wyboru):
     a) od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu, w godzinach popołudniowych między godziną 14:00 a 21:00, zachowaniem ciągłości 4 godzin (4 pkt), albo
     b) powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu, w godzinach popołudniowych między godziną 14:00 a 21:00, zachowaniem ciągłości 4 godzin (6 pkt), albo
     c) powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu, w godzinach popołudniowych między godziną 14:00 a 21:00, zachowaniem ciągłości 4 godzin (8 pkt),
   - posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowanego dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń (1 pkt),

- posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (2 pkt);

6. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (maksymalnie 23 pkt) – oceniana poprzez:
   - realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń (13 pkt),
   - realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie (jedna odpowiedź do wyboru):
     a) nieprzerwanie od 5 lat (7 pkt) albo,
     b) nieprzerwanie od 10 lat (10 pkt);
7. inne warunki oceniane (maksymalnie 2 pkt), poprzez:
   - współpracę 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. (2 pkt),
   - brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1pkt 2 ustawy oświadczeniach - 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 (8 pkt ujemnych);
8. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10 pkt).

W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 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:

- 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:

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

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

gdzie:
y_c - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,
C_{maks} - 1,1 x C_{NFZ},
C_{min} - 0,9 x C_{NFZ},
C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,
C_{NFZ}- cena oczekiwana,
s – maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,
A – stosuje się w przypadku gdy $C_{of}<C_{min}$,
B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of}\geq C_{min}$.

W tym miejscu podkreślić należy, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji Komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 podjęła, m.in. uchwałę z dnia 28 sierpnia 2018 r. *w przedmiocie trybu dokonywania zmian odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w cz. VIII ANKIETY formularza ofertowego.*

Podkreślenia wymaga, iż zasady przyjęte w uchwale komisji konkursowej stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższej uchwale okoliczności, celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców wyrażonej w art. 134 Ustawy.

Dnia 14 września 2018 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania w trybie konkursu ofert wskazano dwa podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie

badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, dla obszaru powiatu: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, są to: MEDYK Jankowska, Kielek spółka jawna, z miejscem udzielania świadczeń Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej – Przychodnia Kalisz, 62-800 Kalisz, ul. Podkowińskiego 2 oraz Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu z miejscem udzielania świadczeń Pracownia Endoskopowa 62-800 Kalisz, ul. Poznańska 79.

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu prowadzonym pod numerem 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 i zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania konkursowego, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
		ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. MEDYK Jankowska, Kielek spółka jawna.	Pracownia Endoskopii Gastroenterologicznej – Przychodnia Kalisz, 62-800 Kalisz, ul. Podkowińskiego 2	5	28	0	9	23	0	65	TAK
2. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu	Pracownia Endoskopowa 62-800 Kalisz, ul. Poznańska 79	5	12	14	4	0	0	35	TAK
3. Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk spółka jawna	Pracownia Endoskopii 62-800 Kalisz, ul. Boczna 1	10	0	0	11	0	-8	13	NIE

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty Odwołującego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk spółka jawna, gdyż liczba punktów, jaką uzyskała jego oferta 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 000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 i wyczerpała wartość zamówienia w sposób uniemożliwiający wybór kolejnej oferty w rankingu.

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, dla obszaru powiatu: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią załącznika nr 2 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.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY" oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, dla obszaru powiatu: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent MEDYK Jankowska, Kielek spółka jawna:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w lokalizacji ani realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, lekarza specjalistę w dziedzinie gastroenterologii – co najmniej 75% czasu pracy pracowni, za co otrzymał 15 punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wskazane w ofercie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej dokonano zmiany odpowiedzi na „Tak", co skutkowało przyznaniem 2 punktów ujemnych,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował realizację w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, 300 kolonoskopii

z polipektomią – potwierdzoną sprawozdawczością z wykonanych świadczeń, za co otrzymał 7 punktów,

- zadeklarował realizację umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, za co otrzymał 6 punktów,
- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydanego zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynoszący powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14:00 a 21:00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin za co otrzymał 6 punktów;
- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt;

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co otrzymał 13 punktów,
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty nieprzerwanie od 10 lat realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 10 punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywania w terminie danych, 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,
- wskazał odpowiedź „nie dotyczy" w zakresie pytania o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1pkt 2 ustawy oświadczeniach - 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **MEDYK Jankowska, Kielek spółka jawna** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

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

Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu:

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował realizację umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w lokalizacji, za co otrzymał 12 punktów,

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, lekarza specjalistę w dziedzinie gastroenterologii – co najmniej 50% czasu pracy pracowni, za co otrzymał 10 punktów,

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wskazane w ofercie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, 300 kolonoskopii z polipektomią – potwierdzonej sprawozdawczością z wykonanych świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydanego zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynoszący od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14:00 a 21:00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty nieprzerwanie od 5 lub 10 lat realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywania w terminie danych, 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,
- wskazał odpowiedź „nie dotyczy" w zakresie pytania o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1pkt 2 ustawy oświadczeniach - 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

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

Odwołujący Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk spółka jawna:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował realizacji umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w lokalizacji ani realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,,

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował, lekarza specjalisty w dziedzinie gastroenterologii, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wskazane w ofercie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, 300 kolonoskopii z polipektomią – potwierdzonej sprawozdawczością z wykonanych świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydanego zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował prowadzenie historii zdrowia i 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, przy czym w świetle ustaleń komisji konkursowej dokonano zmiany odpowiedzi na „Nie", co skutkowało nie przyznaniem punktów;

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynoszący powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14:00 a 21:00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, za co otrzymał 8 punktów,

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt;

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty nieprzerwanie od 5 lub 10 lat realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – przekazywania w terminie danych, 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,
- wskazał odpowiedź „nie dotyczy" w zakresie pytania o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1pkt 2 ustawy oświadczeniach - 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, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej dokonano zmiany odpowiedzi na „Tak", co skutkowało przyznaniem 8 punktów ujemnych,

W zakresie kryterium ceny **Odwołujący Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk spółka jawna** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

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

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania złożonego przez Odwołującego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk spółka jawna, stwierdzono, co następuje.

W uzasadnieniu odwołania Odwołujący Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j. napisał, że zgodnie z brzmieniem art. 142 ust. 5 pkt 1 Ustawy w części niejawnej konkursu ofert Komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają gwarancję udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Wskazał także, iż „ustawowym zadaniem Funduszu, a celem postępowania konkursowego, jest taki wybór oferentów, aby została w pełni zapewniona gwarancja udzielania świadczeń, ich kompleksowość i dostępność. Ogłoszone wyniki postępowania nie uwzględniają takiego stanu rzeczy, czy postępowanie zostało przeprowadzone w taki sposób, a ogłoszone wyniki przedstawiają stan faktyczny".

Należy stwierdzić, że w świetle przytoczonych powyżej faktów i ustaleń nie doszło do naruszenia zasad przeprowadzenia postępowania nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 przez komisję konkursową. 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. Należy zatem stwierdzić, iż wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców 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 prawidłowego 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) w załączniku nr 2 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. 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 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01.

Podnieść w tym miejscu należy, że nie potwierdził się zarzut Odwołującego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk sp. j., iż rozstrzygnięcie konkursu zostało dokonane z naruszeniem przepisów prawa – art. 97 ust. 3 pkt 1 Ustawy, poprzez dokonanie wyboru oferty, która nie zapewnia należytej jakości i dostępności do świadczeń na obszarze zabezpieczenia objętym przedmiotowym konkursem.

Postępowanie konkursowe nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 prowadzone było zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Każdy z oferentów spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania. Dodatkowa punktacja, o charakterze rankingującym została natomiast obliczona przez komisję konkursową zgodnie z kryteriami wskazanymi w art. 148 Ustawy. Są to jawne, obiektywne, wymierne i stosowane jednakowo wobec wszystkich oferentów kryteria oceny ofert, opisane szczegółowo dla tego postępowania w załączniku nr 2 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.

Podkreślić w tym miejscu jeszcze raz należy, iż oferta najwyżej oceniona, złożona przez Oferenta MEDYK Jankowska, Kielek spółka jawna otrzymała łącznie 65 punktów, a oferta złożona przez Oferenta Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu otrzymała łącznie 35 punktów. Oferty te zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oferta Odwołującego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk spółka jawna otrzymała natomiast 13 punktów i nie została wybrana, gdyż liczba punktów, jaką uzyskała 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 000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 i wyczerpała wartość zamówienia w sposób uniemożliwiający wybór kolejnej oferty w rankingu.

W ogłoszeniu o postępowaniu numer 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 126.084,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia

1 listopada 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., natomiast maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to dwie umowy.

Reasumując, wskazać należy, że zarzuty podnoszone w odwołaniu przez Odwołującego, są niezasadne, a czynności Komisji konkursowej były prawidłowe i prowadziły do właściwego rozstrzygnięcia postępowania.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 listopada 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia dla obszaru 3007 kaliski, 3061 Kalisz. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000357/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Lisiecki, Rybarczyk spółka jawna wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. 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.

DYREKTOR
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Poznaniu
(1)
Agnieszka Pachciarz

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. 2018, poz. 1510 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 5 egz.:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. MEDYK Jankowska, Kielek sp. j., ul. Szpitalna 43, 62-500 Konin,
3. Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz,
4. a/a – 2 egz.

Opracowała: Aleksandra Hanna Nowak