

WO-DP.422.1.2019

Poznań, dnia

02-04-2019**DECYZJA NR 4 /2019/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 z późn. zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 25 marca 2019 roku postępowania nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 4 kwietnia 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) na obszarze powiatu gostyńskiego, grodziskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, nowotomyskiego, rawickiego i wolsztyńskiego, wniesionego przez Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie (64-100) przy ul. Słowiańskiej 41 w Lesznie, postanawiam

oddalić odwołanie w całości.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach” oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1897) ogłosił w dniu 7 lutego 2019 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 4 kwietnia 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki

związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) na obszarze powiatu gostyńskiego, grodziskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, nowotomyskiego, rawickiego i wolsztyńskiego.

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 274 434,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 4 kwietnia 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 2 (słownie: dwie).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 25 marca 2019 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

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

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

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

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest

zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Dnia 25 marca 2019 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o. z siedzibą w Lesznie (64-100) przy ul. Słowiańskiej 41 (zwane dalej „Odwołującym”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 25 marca 2019 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), powołując się na naruszenie zasad postępowania konkursowego w sposób godzący w interes prawny Leszczyńskiego Centrum Medycznego Ventriculus Sp. z o.o., Odwołujący wnosi o uwzględnienie odwołania w całości i przeprowadzenie z nim postępowania w trybie rokowań. Jednocześnie Odwołujący wnosi o udostępnienie akt sprawy, w tym w szczególności ofert złożonych przez oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 i zastrzega możliwość uzupełnienia odwołania między innymi poprzez sformułowanie zarzutów dotyczących naruszenia przez Komisję Konkursową zasad przeprowadzenia postępowania konkursowego w sposób godzący w interes prawny Leszczyńskiego Centrum Medycznego Ventriculus Sp. z o.o. po skorzystaniu z uprawnienia przeglądania akt sprawy.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego do akt postępowania włączono oferty oraz dokumenty dotyczące stron postępowania administracyjnego. Zgodnie z dyspozycją art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach stronami postępowania administracyjnego są Odwołujący oraz świadczeniodawcy, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01. Pismami z dnia 26 marca 2019 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, zwanej dalej „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. Z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał w dniu 28 marca 2019 roku Odwołujący oraz w dniach 29 marca 2019 roku i 1 kwietnia 2019 roku Vigor Med Podfigurny, Błachowiak, Musielak Spółka Jawna. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 2 kwietnia 2019 roku. W odpowiedzi

Odwołujący pismem z dnia 28 marca 2019 roku poinformował o zamiarze skorzystania z uprawnienia do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz do ewentualnego zgłoszenia wniosków dowodowych w terminie do dnia 2 kwietnia 2019 roku włącznie.

Pismem z dnia 1 kwietnia 2019 roku Odwołujący uzupełnił swoje odwołanie zarzucając komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 naruszenie zasad przeprowadzania postępowania konkursowego w sposób godzący w jego interes prawny poprzez:

1. naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy w związku z § 8 ust. 2 ogólnych warunków umów świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.) poprzez nieodrzucenie oferty złożonej przez oferenta Vigor Med Podfigurny, Błachowiak, Musielak Spółka Jawna, zwanego dalej „oferentem Vigor Med”, która w opinii Odwołującego nie spełniała warunków wymaganych dotyczących zapewnienia transportu sanitarnego, z uwagi na brak wskazania podwykonawców w części II Formularza Ofertowego „Wykaz Podwykonawców”, brak załączenia do oferty umowy z podwykonawcą w zakresie transportu sanitarnego lub zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierających zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz z uwagi na treść złożonego oświadczenia z dnia 20 lutego 2019 roku, w którym oferent Vigor Med wyraźnie oświadczył, że całość umowy będzie wykonywał samodzielnie bez udziału podwykonawców. Odwołujący wywodzi dalej, iż zapewnienie transportu sanitarnego pozostaje świadczeniem opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 5 pkt 34 Ustawy, przepisy zarządzenia nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej (ze zmianami) dopuszczają możliwość realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej z udziałem podwykonawcy, zaś podmiot udzielający świadczeń transportu sanitarnego pozostaje podwykonawcą w rozumieniu art. 133 Ustawy, a zatem oferent Vigor Med choć powinien, to nie wywiązał się z ciężących na nim obowiązków dotyczących odpowiedniego oznaczenia w ofercie realizacji umowy przy udziale podwykonawcy, zatem należy uznać, że nie spełniał warunków wymaganych.
2. naruszenie § 18 ust. 1 i ust. 4 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami) poprzez nieprawidłowe wezwanie do złożenia wyjaśnień oferenta Vigor Med w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego i pominięcie okoliczności, że oferent może uzupełnić złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem,

że Oddział Funduszu otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem terminu składania ofert, a po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Zdaniem Odwołującego Komisja konkursowa nie tylko naruszyła zasady postępowania konkursowego poprzez samo wskazanie w wezwaniu, iż oferent może zapewnić transport sanitarny powierzając jego wykonanie podwykonawcy, ale w ogóle nie była uprawniona do wzywania oferenta Vigor Med do złożenia wyjaśnień, bowiem uprawnienie to przysługiwało tylko w sytuacjach, w których oświadczenia oferenta złożone na etapie składania oferty byłyby wewnętrznie sprzeczne i tym samym obarczone błędem, tylko bowiem w takich przypadkach możliwe byłoby usunięcie sprzeczności w drodze dodatkowej wykładni czy wyjaśnień. Dodatkowo zarzuca Komisji konkursowej nieuprawnione trzykrotne wezwanie | do złożenia wyjaśnień i ostateczne przyjęcie wyjaśnień, zamiast uznania ich za niedopuszczalną zmianę oferty i odrzucenia oferty oferenta Vigor Med z powodu niespełnienia przez oferenta warunku wymaganego zapewnienia świadczeń transportu sanitarnego, powołując jednocześnie przy tym wypowiedź pracownika Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ze spotkania szkoleniowego z dnia 23 stycznia 2018 roku, że w trakcie trwającego postępowania konkursowego oferent nie może dodać żadnych nowych podwykonawców w zakresie transportu sanitarnego, jeżeli wcześniej oferent ten nie wskazał w ofercie żadnego podwykonawcy i jednocześnie złożył oświadczenie, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie realizował samodzielnie.

3. Naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy w związku z § 8 ust. 1 ogólnych warunków umów 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 poprzez nieodrzućenie oferty złożonej przez oferenta Vigor Med z uwagi na niespełnienie warunku wymaganego zapewnienia wykonania niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych. W opinii Odwołującego oferta Vigor Med winna zostać odrzućona, bowiem oferent ten nie wskazał podwykonawców w części II Formularza Ofertowego „Wykaz Podwykonawców” oraz nie załączył umowy o podwykonawstwo potwierdzającej zapewnienie przez oferenta dostępu do badań diagnostyki laboratoryjnej.
4. naruszenie zasady równego traktowania oferentów poprzez odstąpienie od wymogu odpowiedzi na pytania określone w załączniku nr 1 do wezwania z dnia 7 marca 2019 roku wobec oferenta Vigor Med i błędne przyjęcie, że oświadczenie Kamsoft S.A. z dnia 27 marca 2018 roku, iż „system KS-MEDIS jest przygotowany do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w rozumieniu ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (...)” potwierdza, że oferent

- Vigor Med spełnia warunek dodatkowo oceniany prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.
5. nieuprawnione działanie Komisji konkursowej polegające na nieuwzględnieniu wyjaśnień Odwołującego i dokonaniu zmiany odpowiedzi z „Tak” na „Nie” na pytania ankietowe dotyczące dysponowania przez Odwołującego certyfikatem ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz certyfikatem ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.
 6. naruszenie § 17 ust. 3a 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 poprzez nie zaproszenie Odwołującego do negocjacji mimo, iż w dniu 13 marca 2019 roku przeprowadzona została weryfikacja Odwołującego.

Dodatkowo Odwołujący podnosi, iż zanonimizowanie oferty złożonej przez oferenta Vigor Med w zakresie harmonogramu czasu pracy personelu medycznego, uniemożliwiło Odwołującemu zweryfikowanie poprawności udzielonej odpowiedzi „Równoważnik co najmniej 4 etatów (zweryfikowanej kolejno przez Komisję konkursową i zmienionej na odpowiedź „Równoważnik co najmniej 3 etatów”) na pytanie ankietowe dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki. Odwołujący podnosi, że zgodnie z § 5 ust. 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 (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.) skoro oferent, który deklarował spełnienie warunku podlegającego ocenie jest obowiązany go spełniać dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d Ustawy, to dodatkowy czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki nie powinien w żadnym razie sumować się z czasem pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki udzielających świadczeń na oddziale leczenia jednego dnia w ramach obowiązującej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i powinien być czasem „dodatkowym”.

Wskazując na powyższe zarzuty, a w szczególności naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy poprzez nieodrzućenie oferty złożonej przez oferenta Vigor Med, Odwołujący wniósł ponownie o uwzględnienie w całości odwołania z dnia 25 marca 2019 roku oraz przeprowadzenie z Odwołującym przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w trybie rokowań postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD).

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 25 marca 2019 roku postępowania numer 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 4 kwietnia 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) na obszarze powiatu gostyńskiego, grodziskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, nowotomyskiego, rawickiego i wolsztyńskiego, 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 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 4 kwietnia 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) na obszarze powiatu gostyńskiego, grodziskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, nowotomyskiego, rawickiego i wolsztyńskiego złożone zostały 4 oferty:

1. oferta numer 15-19-000057[03/5]-0001/00 złożona przez oferenta Małgorzatę Kamińską, ul. Wały J. Dąbrowskiego 3, 63-900 Rawicz;
2. oferta numer 15-19-000057[03/5]-0002/00 złożona przez oferenta Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;
3. oferta numer 15-19-000057[03/5]-0003/00 złożona przez oferenta Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, ul. J. Kiepury 45, 64-100 Leszno;
4. oferta numer 15-19-000057[03/5]-0004/00 złożona przez oferenta Vigor Med Podfigurny, Błachowiak, Musielak Spółka Jawna, ul. J. Kiepury 12, 64-100 Leszno.

Postępowanie nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki

w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- 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;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 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;
- zarządzenia nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej (ze zmianami);
- zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami);
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2019 r. (Dz.Urz. Min. Zdr, poz. 123),

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 7 lutego 2019 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 odrzuciła w całości ofertę numer 15-19-000057[03/5]-0001/00 złożoną przez oferenta Małgorzatę Kamińską, ul. Wały J. Dąbrowskiego 3, 63-900 Rawicz. Warunki wymagane spełniało 3 (słownie trzech) oferentów. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez pozostałych oferentów nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 14 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”:

- Lekarz specjalista w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - zgłoszony do realizacji programu lekowego w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - Równoważnik co najmniej 4 etatów (20,00 punktów);
 - Równoważnik co najmniej 3 etatów (15,00 punktów);
 - Żadne z powyższych (brak punktów);
- Równoważnik co najmniej 4 etatów [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - pielęgniarka lub położna z co najmniej dwuletnim doświadczeniem zawodowym w poradni lub oddziale szpitalnym zgłoszonych do realizacji danego programu lekowego (7,00 punktów);
 - pielęgniarka lub położna z co najmniej rocznym doświadczeniem zawodowym w poradni lub oddziale szpitalnym zgłoszonych do realizacji danego programu lekowego (5,00 punktów);
 - Żadne z powyższych (brak punktów);
- Równoważnik co najmniej 1/2 etatu - specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny - w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej:
 - Tak (1,00 punkt);
 - Nie (brak punktów);
- Równoważnik co najmniej 2 etatów - magister farmacji w lokalizacji:
 - Tak (3,00 punkty);
 - Nie (brak punktów);

b) kategorii „Pozostałe warunki”:

- Specjalność komórki organizacyjnej wskazana w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodna ze specjalnością lekarza w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji

leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych:

- Tak (6,00 punktów);
- Nie (brak punktów);

c) kategorii „Jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości” – część wspólna:

- Realizacja programu lekowego niezgodnie z opisem programu określonym w części B aktualnego obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – tylko na podstawie kontroli:
 - Tak (5,00 punktów ujemnych);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - Tak (0,50 punktu ujemnego);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - 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 (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);

- Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Przygotowywanie leków cytostatycznych przez osobę inną niż magister farmacji:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Przygotowywanie leków cytostatycznych poza apteką szpitalną:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - 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 (2,00 punkty ujemne);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
- Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - Tak (1,00 punkt ujemny);
 - Nie (brak punktów ujemnych);

d) kategorii „Jakość – pozostałe warunki” – część wspólna:

- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - Tak (1,50 punktu);
 - Nie (brak punktów);
- certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - Tak (1,50 punktu);
 - Nie (brak punktów);
- Certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy:
 - Tak (7,00 punktów);
 - Nie (brak punktów);
- W miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określającymi warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych:
 - Tak (2,00 punkty);
 - Nie (brak punktów);
- Świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię 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:
 - Tak (5,00 punktów);
 - Nie (brak punktów).

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii „Poradnie lub oddziały”:

- Poradnia przyszpitalna oraz oddział szpitalny o specjalnościach komórek organizacyjnych wpisanych w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnych z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy

w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, realizujące umowę:

- Tak (4,00 punkty);
- Nie (brak punktów);
- Apteka szpitalna albo zakładowa - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji:
 - Tak (3,00 punkty);
 - Nie (brak punktów);
- b) kategorii „Dostęp do badań”:
 - Wykonanie wszystkich badań diagnostycznych zgodnie z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych w ramach danego programu określonym w części B obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - w lokalizacji:
 - Tak (6,00 punktów);
 - Nie (brak punktów);
- c) kategorii „Sposób wykonania umowy”:
 - Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców:
 - Tak (2,00 punkty);
 - Nie (brak punktów).

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

- a) kryterium „Czas pracy poradni”:
 - Co najmniej 2 dni w tygodniu przez co najmniej 6 godzin dziennie:
 - Tak (2,00 punkty);
 - Nie (brak punktów);
 - Nie dotyczy;
 - Realizacja w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie programu lekowego w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizacji w trybie jednodniowym, w całym okresie obowiązywania umowy w zakresie stanowiącym przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - co najmniej 90% (5,00 punktów);

- co najmniej 80% (3,00 punkty);
 - Żadne z powyższych (brak punktów);
- b) kryterium „Dostępność” – część wspólna:
- Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych w miejscu udzielania świadczeń:
 - Tak (2,00 punkty);
 - Nie (brak punktów).
4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – część wspólna:
- Realizacja umowy w oddziale szpitalnym w profilu zgodnym z dziedziną medycyny określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, spośród profili, o których mowa w załączniku nr 3 do rozporządzenia szpitalnego, oraz w poradni realizującej świadczenia specjalistyczne - porady spośród porad, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia ambulatoryjnego:
 - Tak (5,00 punktów);
 - Nie (brak punktów);
 - W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń (programu lekowego), którego dotyczy postępowanie:
 - Tak (2,00 punkty);
 - Nie (brak punktów);
 - W dniu złożenia oferty, nieprzerwanie od 5 lat, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń (programu lekowego), którego dotyczy postępowanie:
 - Tak (5,00 punktów);
 - Nie (brak punktów).
5. Inne warunki oceniane – część wspólna:
- Współpraca z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:
 - Tak (2,00 punkty);

- Nie (brak punktów);
 - Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania:
 - Tak (8,00 punktów ujemnych);
 - Nie (brak punktów ujemnych);
 - Nie dotyczy (brak punktów ujemnych).
6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 5,00 punktów).
- Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Dnia 25 marca 2019 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) na obszarze powiatu gostyńskiego, grodziskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, nowotomyskiego, rawickiego i wolsztyńskiego, wskazano 2 (dwóch) oferentów:

- Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, ul. J. Kiepury 45, 64-100 Leszno,
- Vigor Med Podfigurny, Błachowiak, Musielak Spółka Jawna, ul. J. Kiepury 12, 64-100 Leszno.

Wskazać należy również, iż komisja konkursowa mając na celu ujednolicenie prowadzonego postępowania i zagwarantowanie równego traktowania wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji podjęła uchwałę z dnia 15 marca 2019 roku w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania oraz maksymalnej liczby umów przewidzianych do zawarcia i wyborze ofert, które uzyskały większą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania konkursowego i spełniających warunki wymagane ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)									
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. Wojewódzki	Oddział Okulistyczny ul. J. Kiepury 45	2,50	36,00	11,00	2,00	0,00	0,00	51,50	TAK

Szpital Zespolony w Lesznie	64-100 Leszno								
2. Vigor Med Podfigurny, Błachowiak, Musielak Spółka Jawna	Oddział Jednego Dnia ul. J. Kiepur 12 64-100 Leszno	2,50	26,00	12,00	2,00	5,00	0,00	47,50	TAK
3. Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o.	Gabinet Okulistyczny ul. Słowiańska 41 64-100 Leszno	2,50	11,00	12,00	4,00	5,00	0,00	34,50	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Leczenie Szpitalne - Programy Lekowe” oraz Tabeli nr 2 „Leczenie Szpitalne - Programy Lekowe - Część Wspólna” załącznika nr 14 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach programów lekowych” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią zarządzenia nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (ze zmianami). Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII Formularza Ofertowego „Ankiety” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent: Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, ul. J. Kiepur 45, 64-100 Leszno

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - zgłoszony do realizacji programu lekowego w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej – równoważnik co najmniej 3 etatów, za co otrzymał 15,00 punktów;
- zadeklarował pielęgniarkę lub położną z co najmniej dwuletnim doświadczeniem zawodowym w poradni lub oddziale szpitalnym zgłoszonych do realizacji danego programu lekowego – równoważnik co najmniej 4 etatów, za co otrzymał 7,00 punktów;
- nie zadeklarował równoważnik co najmniej $\frac{1}{2}$ etatu - specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny - w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował magistra farmacji w lokalizacji – równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty.

2) Pozostałe warunki:

- zadeklarował specjalność komórki organizacyjnej wskazaną w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodną ze specjalnością lekarza w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, za co otrzymał 6,00 punktów;

3) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował realizacji programu lekowego niezgodnie z opisem programu określonym w części B aktualnego obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, 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 braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, 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 przekazania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy 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 przygotowywania leków cytostatycznych przez osobę inną niż magister farmacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przygotowywania leków cytostatycznych poza apteką szpitalną, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – 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.
- 4) Pozostałe warunki – część wspólna:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,50 punktu;
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1,50 punktu;
 - nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określającymi warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, za co otrzymał 2,00 punkty;
 - nie zadeklarował, że świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię 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.

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) Poradnie lub oddziały:

- nie zadeklarował poradni przyszpitalnej oraz oddziału szpitalnego o specjalnościach komórek organizacyjnych wpisanych w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnych z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, realizujących umowę, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował aptekę szpitalną albo zakładową - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji, za co otrzymał 3,00 punkty.

2) Dostęp do badań:

- zadeklarował wykonanie wszystkich badań diagnostycznych zgodnie z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych w ramach danego programu określonym w części B obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - w lokalizacji, za co otrzymał 6,00 punktów.

3) Sposób wykonania umowy:

- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co otrzymał 2,00 punkty.

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Czas pracy poradni:

- nie zadeklarował co najmniej 2 dni w tygodniu przez co najmniej 6 godzin dziennie, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie realizacji w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie programu lekowego w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizacji w trybie jednodniowym, w całym okresie obowiązywania umowy w zakresie stanowiącym przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.

2) Dostępność – część wspólna:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty.

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował realizacji umowy w oddziale szpitalnym w profilu zgodnym z dziedziną medycyny określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, spośród profili, o których mowa w załączniku nr 3 do rozporządzenia szpitalnego, oraz w poradni

realizującej świadczenia specjalistyczne - porady spośród porad, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń (programu lekowego), którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, nieprzerwanie od 5 lat, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń (programu lekowego), którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów.

V. W zakresie innych warunków:

- 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;
- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 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 punktów.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, ul. J. Kiepur 45, 64-100 Leszno, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał 2,50 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 zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania.

Oferent: Vigor Med Podfigurny, Błachowiak, Musielak Spółka Jawna, ul. J. Kiepur 12, 64-100 Leszno

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o

świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - zgłoszony do realizacji programu lekowego w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej – równoważnik co najmniej 4 etatów, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Równoważnik co najmniej 3 etatów”, co skutkowało przyznaniem 15,00 punktów.

- w punkcie równoważnik co najmniej 4 etatów dotyczącym pielęgniarki lub położnej zgłoszonych do realizacji danego programu lekowego, udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował równoważnik co najmniej $\frac{1}{2}$ etatu - specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny - w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował magistra farmacji w lokalizacji – równoważnik co najmniej 2 etatów, za co nie otrzymał punktów.

2) Pozostałe warunki:

- zadeklarował specjalność komórki organizacyjnej wskazaną w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodną ze specjalnością lekarza w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, za co otrzymał 6,00 punktów;

3) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował realizacji programu lekowego niezgodnie z opisem programu określonym w części B aktualnego obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, 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 braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, 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 przekazania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy 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 przygotowywania leków cytostatycznych przez osobę inną niż magister farmacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przygotowywania leków cytostatycznych poza apteką szpitalną, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – 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.
- 4) Pozostałe warunki – część wspólna:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określającymi warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował, że świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię 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 otrzymał 5,00 punktów.

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) Poradnie lub oddziały:
- zadeklarował posiadanie poradni przyszpitalnej oraz oddziału szpitalnego o specjalnościach komórek organizacyjnych wpisanych w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnych z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego

przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, realizujących umowę, za co otrzymał 4,00 punkty;

- zadeklarował aptekę szpitalną albo zakładową - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów.

2) Dostęp do badań:

- zadeklarował wykonanie wszystkich badań diagnostycznych zgodnie z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych w ramach danego programu określonym w części B obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - w lokalizacji, za co otrzymał 6,00 punktów.

3) Sposób wykonania umowy:

- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co otrzymał 2,00 punkty.

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Czas pracy poradni:

- w punkcie co najmniej 2 dni w tygodniu przez co najmniej 6 godzin dziennie udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie realizacja w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie programu lekowego w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizacji w trybie jednodniowym, w całym okresie obowiązywania umowy w zakresie stanowiącym przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.

2) Dostępność – część wspólna:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty.

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował realizację umowy w oddziale szpitalnym w profilu zgodnym z dziedziną medycyny określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na

podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, spośród profili, o których mowa w załączniku nr 3 do rozporządzenia szpitalnego, oraz w poradni realizującej świadczenia specjalistyczne - porady spośród porad, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 5,00 punktów;

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń (programu lekowego), którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, nieprzerwanie od 5 lat, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń (programu lekowego), którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów.

V. W zakresie innych warunków:

- 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;
- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 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 punktów.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent Vigor Med Podfigurny, Błachowiak, Musielak Spółka Jawna, ul. J. Kiepury 12, 64-100 Leszno, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał 2,50 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 zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe, w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania.

Oferent: Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) Personel:

- w punkcie lekarza specjalista w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - zgłoszony do realizacji programu lekowego w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie równoważnik co najmniej 4 etatów dotyczącym pielęgniarki lub położnej zgłoszonych do realizacji danego programu lekowego, udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował równoważnik co najmniej $\frac{1}{2}$ etatu - specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny - w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował magistra farmacji w lokalizacji – równoważnik co najmniej 2 etatów, za co nie otrzymał punktów.

2) Pozostałe warunki:

- zadeklarował specjalność komórki organizacyjnej wskazaną w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodną ze specjalnością lekarza w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, za co otrzymał 6,00 punktów;

3) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował realizacji programu lekowego niezgodnie z opisem programu określonym w części B aktualnego obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, 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 braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, 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 przekazania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy 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 przygotowywania leków cytostatycznych przez osobę inną niż magister farmacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przygotowywania leków cytostatycznych poza apteką szpitalną, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – 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.
- 4) Pozostałe warunki – część wspólna:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
 - nie zadeklarował certyfikatu akredytacyjnego przyznanego zgodnie z ustawą o akredytacji na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określającymi warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował, że świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię 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 otrzymał 5,00 punktów.

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) Poradnie lub oddziały:
- zadeklarował posiadanie poradni przyszpitalnej oraz oddziału szpitalnego o specjalnościach komórek organizacyjnych wpisanych w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnych z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego

przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, realizujących umowę, za co otrzymał 4,00 punkty;

- nie zadeklarował apteki szpitalnej albo zakładowej - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.

2) Dostęp do badań:

- zadeklarował wykonanie wszystkich badań diagnostycznych zgodnie z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych w ramach danego programu określonym w części B obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - w lokalizacji, za co otrzymał 6,00 punktów.

3) Sposób wykonania umowy:

- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, za co otrzymał 2,00 punkty.

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Czas pracy poradni:

- zadeklarował co najmniej 2 dni w tygodniu przez co najmniej 6 godzin dziennie, za co otrzymał 2,00 punkty;
- w punkcie realizacji w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie programu lekowego w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizacji w trybie jednodniowym, w całym okresie obowiązywania umowy w zakresie stanowiącym przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.

2) Dostępność – część wspólna:

- zadeklarował posiadanie co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty.

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował realizację umowy w oddziale szpitalnym w profilu zgodnym z dziedziną medycyny określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych

specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, spośród profili, o których mowa w załączniku nr 3 do rozporządzenia szpitalnego, oraz w poradni realizującej świadczenia specjalistyczne - porady spośród porad, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 5,00 punktów;

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń (programu lekowego), którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, nieprzerwanie od 5 lat, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń (programu lekowego), którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów.

V. W zakresie innych warunków:

- 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;
- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 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 punktów.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał 2,50 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 zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programu lekowego – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej

(wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) na obszarze powiatu gostyńskiego, grodzkiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, nowotomyskiego, rawickiego i wolsztyńskiego, wskazać należy co następuje.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy w związku z § 8 ust. 2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nieodrzućenia oferty złożonej przez oferenta Vigor Med oraz naruszenia § 18 ust. 1 i ust. 4 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami) poprzez nieodrzućenie oferty Vigor Med, a także nieprawidłowe wezwanie do złożenia wyjaśnień oferenta Vigor Med poczynić należy najpierw ogólną uwagę, iż przekazane ostatecznie przez oferenta Vigor Med dokumenty, tj. umowa na świadczenie transportu sanitarnego z dnia 28 grudnia 2018 roku wraz z aneksem z dnia nr 04/2018 z dnia 2 stycznia 2019 roku jednoznacznie potwierdzają okoliczność spełnienia przez Oferenta Vigor Med warunku wymaganego zapewnienia transportu sanitarnego i to na dzień składania ofert. Nie można zatem zgodzić się z Odwołującym, że Komisja konkursowa miała obowiązek odrzućenia oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Oświadczenie oferenta Vigor Med z dnia 20 lutego 2019 roku stanowi wypełnienie dyspozycji przepisu § 14 ust. 1 pkt 8 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami), a więc odnosi się do realizacji programu lekowego i w tym zakresie dotyczy samodzielnego wykonywania umowy, zatem nie może zostać interpretowane jako zapewnienie wychodzące poza realizację świadczeń gwarantowanych. Nawet we wzorze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne - programy lekowe stanowiącym załącznik nr 2 do zarządzenia nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej (ze zmianami) wskazuje się, że przedmiotem umowy jest udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy. Świadczenia transportu sanitarnego nie są świadczeniami z zakresu programu lekowego – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) ani z zakresu leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) określonymi w planie rzeczowo-finansowym. Ogólne warunki umów o

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w § 8 nie wskazują nawet zapewniania transportu sanitarnego wśród warunków zapewnienia udzielania świadczeń „w sposób kompleksowy”, bowiem wymóg ten dotyczy wyłącznie zapewnienia wykonania niezbędnych badań oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem świadczeń. Transport sanitarny zapewnia zaś świadczeniodawca w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Innymi słowy każdy świadczeniodawca chcący realizować umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) powinien zapewnić taki transport. Zatem wezwania Komisji konkursowej kierowane do oferenta Vigor Med nie implikowały zmiany treści oferty i nie naruszały § 18 ust. 1 i ust. 4 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami).

Oferent mógł oświadczyć, że realizuje umowę bez udziału podwykonawców, ponieważ samych świadczeń gwarantowanych tak udziela. Komisja konkursowa zobowiązana była do potwierdzenia spełnienia wszystkich warunków wymaganych, w tym także zapewnienia transportu sanitarnego, celem ustalenia czy oferta nie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

W odniesieniu natomiast do informacji przekazanej przez pracownika Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na spotkaniu szkoleniowym w dniu 23 stycznia 2018 roku, że w trakcie trwającego postępowania konkursowego oferent nie może dodać żadnych nowych podwykonawców w zakresie transportu sanitarnego, jeżeli wcześniej oferent ten nie wskazał w ofercie żadnego podwykonawcy i jednocześnie złożył oświadczenie, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie realizował samodzielnie wskazać należy, że spotkania informacyjne komisji konkursowej z oferentami mają zapewnić przygotowanie oferentów do złożenia ofert, a także stanowić kanał wymiany informacji jeszcze przed złożeniem ofert pomiędzy ww. stronami. Prezentacja członka komisji konkursowej nie może jednak stanowić źródła prawa czy rozstrzygnięć komisji konkursowej, zwłaszcza w sytuacji, gdy spotkanie dotyczyło innego postępowania konkursowego.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrył się także naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy w związku z § 8 ust. 1 ogólnych warunków umów 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 poprzez nieodrzućenie oferty złożonej przez oferenta Vigor Med z uwagi na niespełnienie warunku wymaganego zapewnienia wykonania niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych. Nie można zgodzić się z twierdzeniem Odwołującego, że zapewnianie udzielania świadczeń w sposób kompleksowy należy w przypadku programu lekowego utożsamiać z wymaganie zapewnienia dostępu do badań laboratoryjnych. Zgodnie z § 8 ust. 1 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Jednocześnie wykaz badań wymaganych do realizacji programu będącego przedmiotem postępowania został określony w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (ze zmianami) oraz w opisie do programu lekowego stanowiącego załącznik b.70 do aktualnego Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W powyższym zakresie Komisja konkursowa prawidłowo zweryfikowała ofertę oferenta Vigor Med.

Za chybiony należy uznać zarzut naruszenia zasady równego traktowania oferentów poprzez odstępnie od wymogu uzyskania odpowiedzi na pytania określone w załączniku nr 1 do wezwania z dnia 7 marca 2019 roku wobec oferenta Vigor Med. Zgodnie bowiem z zasadą wyrażoną w art. 134 Ustawy Fundusz obowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, 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. Celem zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązkiem Komisji konkursowej jest zatem podejmowanie wszelkich, określonych przepisami prawa działań zmierzających do rzetelnego ustalenia stanu faktycznego. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest także 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. 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 (z uwzględnieniem rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że w przypadkach braku dokumentacji potwierdzającej spełnienie warunku wymaganego lub zadeklarowanego w ofercie warunku dodatkowo ocenianego Komisja konkursowa kierując się właśnie rzetelnym ustaleniem stanu faktycznego, celem zapewnienia uczciwej konkurencji jeszcze przed przystąpieniem do końcowej oceny ofert korzystała w szczególności z uprawnień określonych w przepisach 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 i wzywała oferentów do złożenia wyjaśnień, żądała doręczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania oraz przeprowadzała weryfikacje oferentów. Skierowane do oferenta Vigor Med wezwanie do złożenia wyjaśnień z dnia 7 marca 2019 roku w punktach precyzowało zagadnienia wymagające potwierdzenia przez oferenta, a określone w załączniku nr 1 pytania miały stanowić jedynie dodatkowe narzędzie wspomagające możliwość ustalenia spełnienia warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w przypadku braku przekazania dokumentów zawierających niezbędne dane. W odpowiedzi na wezwanie Komisji konkursowej Oferent Vigor Med pismem z dnia 10 marca 2019 roku złożył wyjaśnienia oraz załączył dokumenty zawierające niezbędne dane potwierdzające spełnienie warunku dodatkowo ocenianego prowadzenia dokumentacji medycznej, a zatem nie zachodziła konieczność wymagania odpowiedzi na każde z zadanych pytań dodatkowych określonych w załączniku nr 1. Ponownie podkreślenia wymaga, iż zadaniem Komisji konkursowej było zweryfikowanie poprawności udzielonych przez oferenta odpowiedzi i ustalenie stanu faktycznego. Każdorazowo w przypadku zadeklarowania spełnienia warunku dodatkowo ocenianego prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i braku załączenia do oferty dokumentów potwierdzających spełnienie tego warunku, Komisja konkursowa wzywała oferentów do złożenia wyjaśnień w tym zakresie poprzez skierowanie wezwania wraz z załącznikiem numer 1, natomiast ustaleń dokonywała w oparciu o udzieloną odpowiedź nie wyciągając negatywnych konsekwencji w przypadku potwierdzenia spełnienia warunków i jednocześnie nieudzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania dodatkowe określone w załączniku nr 1. Zasady stosowane były wobec wszystkich oferentów jednakowo, nie można zatem dopatrzeć się naruszenia zasady równego traktowania w tym zakresie.

Nie można zgodzić się także z Odwołującym, że złożone przez oferenta Vigor Med wyjaśnienia oraz przekazana umowa o świadczenie usług cyfrowego odwzorowania zdjęć RTG nr 03/D/DEŚM z dnia 23 marca 2018 roku i oświadczenie Kamsoft S.A. z dnia 27 marca 2018 roku nie potwierdzają spełnienia warunku dodatkowo ocenianego prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Prowadząc

postępowanie konkursowe nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 komisja konkursowa mając na względzie wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej określone w przepisach prawa wywiodła prawidłowe przekonanie, że niezbędne jest posiadanie odpowiedniego systemu informatycznego umożliwiającego m. im. wymianę i interpretację danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową w standardzie DICOM (format DICOM 3.0 zgodny z normą ISO 12052:2006). Podnieść w tym miejscu należy także, że warunkiem koniecznym możliwości zadeklarowania przez oferenta prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta, oraz wystawiania recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.) była możliwość wykonania odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej pierwotnie w innej postaci niż elektroniczna i umieszczenia takiego odwzorowania w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej. Obowiązek powyższy dotyczy również analogowych zdjęć radiologicznych, których odwzorowanie powinno być dokonywane z zachowaniem formatu przewidzianego dla przekazywania i archiwizowania, czyli z zachowaniem standardu DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine). Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzić należy, iż świadczeniodawcy deklarujący spełnienie warunku związanego z prowadzeniem historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawiania recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, winni zapewnić możliwość odwzorowania cyfrowego zdjęcia radiologicznego z zachowaniem standardu DICOM. Oferent Vigor Med przedstawił oświadczenie z dnia 27 marca 2018 roku, które potwierdza, iż „system KS-MEDIS jest przygotowany do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w rozumieniu ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (...)” oraz umowę o świadczenie usług cyfrowego odwzorowania zdjęć RTG nr 03/D/DEŚM z dnia 23 marca 2018 roku, której treść jednoznacznie potwierdza, że oferent Vigor Med zapewnia możliwość odwzorowania cyfrowego zdjęcia radiologicznego z zachowaniem standardu DICOM. Nie budzi wątpliwości interpretacyjnych, że oferent Vigor Med dysponuje także systemem KS-MEDIS. Dodatkowo spełnienie zadeklarowanego warunku związanego z prowadzeniem historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawiania recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, zostało potwierdzone w trakcie weryfikacji oferenta dnia 13 marca 2019 roku. Biorąc pod uwagę powyższe Komisja konkursowa prawidłowo ustaliła, że oferent Vigor Med spełnia warunek dodatkowo oceniany prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej i przyznała mu 5,00 punktów za ocenę tego kryterium.

W zakresie zarzutu nieuprawnionego działania Komisji konkursowej polegającego na nieuwzględnieniu wyjaśnień Odwołującego i dokonaniu zmiany odpowiedzi z „Tak” na „Nie” na pytania ankietowe dotyczące dysponowania przez Odwołującego certyfikatem ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz certyfikatem ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji wskazać należy, że Komisja konkursowa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym stosowała zasadę, że oferent był uprawniony do udzielenia odpowiedzi „TAK” na pytania ankietowe nr 2.3.2 oraz nr 2.3.3 odnoszące się do posiadania certyfikatów systemu zarządzania wyłącznie jeżeli przedstawił ważny certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz ważny certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, które w zakresie certyfikacji wskazywały programy lekowe. W przypadkach przedstawienia ważnych certyfikatów ISO 9001 systemu zarządzania jakością i ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, które w swoim zakresie nie wskazywały programów lekowych lub wskazywały jedynie okulistykę Komisja konkursowa uznawała za niewystarczające i nie przyznawała punktów za to kryterium. Warunki, na jakich oferenci otrzymywali punkty za spełnienie tego kryterium były jednakowe dla każdego z nich. W postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370. 02/01 jedynym oferentem, który otrzymał punkty za ocenę tego kryterium był Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, który jako jedyny przedstawił ważny certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz ważny certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji wskazujące programy lekowe w zakresie certyfikacji. Natomiast zarówno Odwołujący, który przedstawił ważne certyfikaty ISO 9001 systemu zarządzania jakością i ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, które w swoim zakresie wskazywały jedynie okulistykę, jak i oferent Vigor Med, który przedstawił ważny certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, który w swoim zakresie wskazywały jedynie okulistykę nie otrzymali punktów za spełnienie tego kryterium. Przedstawione przez Odwołującego na etapie postępowania administracyjnego zaświadczenie z dnia 28 marca 2019 roku wydane przez jednostkę certyfikującą TÜV Rheinland Polska Sp. z o.o. potwierdzające, iż w związku z wykonywaniem przez Odwołującego procedur związanych z leczeniem neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych odpłatnie, zakres certyfikacji zakończonej wydaniem certyfikatów dnia 16 stycznia 2019 roku objął swoim zakresem leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), nie było znane Komisji konkursowej i nie mogło zostać uwzględnione przez Komisję konkursową na etapie prowadzenia postępowania numer 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01. Także stanowisko Moniki Dobskiej załączone przez Odwołującego do protestu stanowiące dokument prywatny, nie mogło zostać uwzględnione przez Komisję konkursową. Nawet, gdyby uznać przy tym, że Komisja konkursowa nieprawidłowo ustaliła warunki potwierdzające spełnienie warunku dodatkowo ocenianego dysponowania przez Odwołującego certyfikatem ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz

certyfikatem ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji wskazać należy, że oferta Odwołującego uzyskałaby większą ocenę jedynie o 3,00 punkty. Ocena oferty Odwołującego za jakość udzielanych świadczeń uzyskałaby 14,00 punktów, a wówczas łączna liczba punktów oceny 37,50 punktu (zamiast 34,50 punktu). Kolejność oferentów w rankingu końcowym nie uległaby jednak zmianie, bowiem zajmujący 2 pozycję oferent Vigor Med uzyskał łącznie 47,50 punktu. Wskazane wyżej okoliczności, nieznane Komisji konkursowej na etapie prowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert pod numerem 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 nie zmieniają jednak rankingu końcowego w części: Decyzja o wybraniu ofert tak/nie i jako takie nie mają żadnego wpływu na wynik postępowania konkursowego oraz na interes prawny Odwołującego.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się także naruszenia § 17 ust. 3a 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 poprzez nie zaproszenie Odwołującego do negocjacji mimo, iż w dniu 13 marca 2019 roku przeprowadzona została weryfikacja Odwołującego. Prowadząc postępowanie Komisja konkursowa ma obowiązek kierować się racjonalnością kolejności dokonywanych czynności. Zgodnie z art. 142 ust. 6 i ust. 7 Ustawy Komisja konkursowa planowała przeprowadzić negocjacje ze wszystkimi oferentami zakwalifikowanymi do części niejawnej postępowania, a których oferty nie zostały odrzucone. Uwzględniając zatem treść §17 ust. 2, ust. 3 i ust. 3a przywołanego wyżej rozporządzenia Komisja konkursowa zdecydowała się na przeprowadzenie weryfikacji oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofertach. Po przeprowadzeniu weryfikacji Komisja konkursowa podjęła czynności zmierzające do przygotowania rankingu kwalifikacyjnego z propozycjami Funduszu, w czego następstwie zdecydowała nie zaprosić do negocjacji dwóch oferentów, tj. oferenta Małgorzaty Kamińskiej, której oferta została odrzucona oraz Odwołującego. W tym miejscu wyjaśnić należy, iż Komisja konkursowa nie zapraszała na negocjacje oferentów w sytuacji, gdy po dokonaniu oceny punktowej oferty w świetle udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe, faktycznego spełnienia warunków dodatkowo ocenianych i hipotetycznym przyznaniu ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny tj. 5 punktów, oferta tego oferenta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane (ostatnie) miejsce w rankingu ofert. Przyjęty przez Komisję konkursową sposób postępowania wynikał zatem z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania. W tym miejscu wskazać należy, iż zgodnie z brzmieniem art. 142 ust. 7 Ustawy komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Ponadto zgodnie z § 15 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 do negocjacji zaprasza się oferentów w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. W myśl zaś ust. 2 przywołanego paragrafu do negocjacji kwalifikuje się oferentów, spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkim oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania konkursowego. Odnosząc powyższe uwagi do oferty Odwołującego podkreślić należy, iż w niniejszej decyzji zostały przytoczone odpowiedzi ankietowe udzielone przez Odwołującego, jak i liczba punktów jakie uzyskała złożona przez Odwołującego oferta. Na potrzeby niniejszej decyzji przyznając ofercie Odwołującego maksymalną liczbę punktów w zakresie kryterium ceny oraz uwzględniając przedstawione już elementy oceny, łączna ocena tej oferty przedstawiałaby się następująco:

POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT
	ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE		
Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o.	5,00	11,00	12,00	4,00	5,00	0,00	37,00	NIE

Z wyżej przedstawionych obliczeń w sposób nie budzący wątpliwości wynika, iż nawet gdyby Odwołujący został zaproszony do negocjacji dotyczących ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, i nawet gdyby w zakresie kryterium ceny jego oferta uzyskała maksymalną liczbę punktów, oferta ta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na fakt, iż ilość świadczeń zakontraktowanych przez oferenta, który wskazany został jako ten, z którym Oddział Funduszu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyczerpała całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie świadczeń w tym postępowaniu, a ilość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogły być zawarte po przeprowadzonym postępowaniu wynosiła 2. Tym samym brak możliwości negocjacji ceny punktu rozliczeniowego i ilości świadczeń nie miał, bo i nie mógł mieć wpływu na pozycję oferty Odwołującego w rankingu ofert. Jednocześnie sam brak negocjacji z nim warunków ceny i ilości świadczeń nie skutkował niewybraniem jego oferty. Oferta ta uwzględniona była w rankingu, jednakże z ilością punktów z tytułu kryterium ceny obliczoną na podstawie ceny zadeklarowanej przez Odwołującego w treści formularza ofertowego. Co przy tym istotne, w ocenie oferty

uwzględniane są zarówno kryteria cenowe jak i niecenowe, i to niewystarczająca liczba punktów uzyskanych przez ofertę Odwołującego z tytułu spełniania warunków spowodowała, iż w rankingu ofert, ta Odwołującego znalazła się na miejscu uniemożliwiającym jej wybór. Należy zatem stwierdzić, że nie został naruszony przepis § 17 ust. 3a 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 wskutek, którego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego. Przedstawiony przepis kreuje bowiem uprawnienie dla Komisji konkursowej do ograniczania kręgu podmiotów podlegających weryfikacji do tych, które miałyby zostać zakwalifikowane do negocjacji, jednocześnie nie traktuje w swej treści obowiązku prowadzenia negocjacji z każdym podmiotem, którego oferta podlegała weryfikacji.

W zakresie zarzutu, że udostępnienie w trakcie postępowania administracyjnego zanonimizowanej oferty złożonej przez oferenta Vigor Med w zakresie harmonogramu czasu pracy personelu medycznego, uniemożliwiło Odwołującemu zweryfikowanie poprawności udzielonej odpowiedzi „Równoważnik co najmniej 4 etatów (zweryfikowanej kolejno przez Komisję konkursową i zmienionej na odpowiedź „Równoważnik co najmniej 3 etatów”) na pytanie ankietowe dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki wyjaśnić należy, że oferty stron postępowania administracyjnego zostały zanonimizowane wyłącznie w zakresie informacji zastrzeżonych przez oferenta jako tajemnica przedsiębiorcy, niewpływającym jednak na wybór ofert w postępowaniu konkursowym nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01. Oferent Vigor Med zastrzegł jako tajemnicę przedsiębiorcy wykaz personelu, ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń oraz harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową. W związku z powyższym zanonimizowane zostały wyłącznie dane umożliwiające identyfikację imienia i nazwiska zgłoszonego w ofercie personelu, dane wskazujące w ofercie liczbę i cenę oraz dane dotyczące harmonogramu pracy personelu w zakresie liczby godzin pracy tygodniowo. Jednocześnie pozostawione zostały dane umożliwiające identyfikację specjalności i zawodu personelu zgłoszonego w ofercie, jego ilość, a także miesięczny, średni godzinowy czas pracy. Na tej podstawie możliwa była weryfikacja poprawności udzielonej przez oferenta Vigor Med odpowiedzi „Równoważnik co najmniej 4 etatów” (zweryfikowanej kolejno przez Komisję konkursową i zmienionej na odpowiedź „Równoważnik co najmniej 3 etatów”) na pytanie ankietowe dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki. Mając na uwadze dokładne rozpatrzenie zarzutu Odwołującego wskazać należy, że miesięczny, średni godzinowy czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki wynosił łącznie 620 godzin, natomiast łączna liczba godzin pracy tygodniowo lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki wynosiła 152 godziny, co przy założeniu, że jeden etat wynosi 37godzin i 55 minut tygodniowo w obu przypadkach pozwala na ustalenie, że oferent Vigor Med wskazał do oferty równoważnik 4 etatów personelu medycznego – lekarzy specjalistów w

dziedzinie okulistyki. Zgodnie z załącznikiem nr 3 do zarządzenia nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (ze zmianami) w części dotyczącej wymagań od świadczeniodawców realizujących program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) wymagany czas pracy dla lekarzy wynosi równoważnik 1 etatu, zatem Komisja konkursowa prawidłowo ustaliła, że oferent Vigor Med uprawniony był do udzielenia odpowiedzi twierdzącej na pytanie ankietowe 2.1.2 „Równoważnik co najmniej 3 etatów”, co zostało przez Komisję konkursową zweryfikowane w toku postępowania wyjaśniającego w zakresie weryfikacji poprawności udzielonej odpowiedzi i już samo w sobie stanowiłoby wypełnienie przesłanki określonej w §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, przywołanym przez Odwołującego. Nie można zatem zgodzić się ze stanowiskiem Odwołującego, iż czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki deklarowany przez oferenta Vigor Med nie powinien sumować się z czasem pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki udzielających świadczeń w oddziale leczenia jednego dnia w ramach obecnie obowiązującej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i powinien być czasem „dodatkowym”. Powyższe Odwołujący wywodzi z zapisu § 5 ust. 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, który wskazuje, iż Oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Wskazać należy, iż rozpatrywane postępowanie nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 prowadzone przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) stanowi odrębny zakres świadczeń dla których zdefiniowane zostały odrębne wymagania od świadczeniodawców jak również odrębne szczegółowe kryteria wyboru ofert z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach programów lekowych stanowiących załącznik nr 14 do ww. rozporządzenia. Nadto wskazać należy, iż zgodnie z § 6 ust. 4 Zarządzenia nr 75/2018/DGL Prezesa NFZ z dnia 31 lipca 2018r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe godziny pracy personelu, określone w

wymaganiach, o których mowa w ust. 1, mogą się pokrywać z godzinami czasu pracy tego personelu w macierzystym oddziale lub poradni, w których odbywa się realizacja danego programu lekowego.

W tym miejscu wskazać również należy, iż oferent Vigor Med w części III formularza ofertowego wskazał jako miejsce udzielania świadczeń oddział leczenia jednego dnia, a zatem czas pracy personelu wykazanego do oferty w postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 może pokrywać się z czasem pracy tego personelu w wykazanym w innych zakresach świadczeń, w tym w rodzaju leczenie szpitalne, realizowanych w tej komórce organizacyjnej jako macierzystej, w której odbywa się realizacja danego programu lekowego. Na marginesie podkreślenia wymaga, iż prawodawca nie wskazał w kryterium oceny ofert (zdefiniowanym w załączniku nr 14 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, Jakość w kategorii Personel mającym swoje odzwierciedlenie w pytaniu ankietowym w VIII części formularza ofertowego nr 2.1.2 PL_N_Lekarz specjalista w dziedzinie medycyny właściwej dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - zgłoszony do realizacji programu lekowego w oddziale szpitalnym lub poradni przyszpitalnej), iż równoważnik 4 bądź 3 etatów (odpowiedź do wyboru) dotyczy czasu pracy wyodrębnionego na realizację programów lekowych, jak to ma miejsce w odniesieniu do kryterium Dostępność, kategoria Czas pracy poradni, gdzie w kol. Uwagi wskazał „Dotyczy czasu pracy wyodrębnionego na realizację nieonkologicznych programów lekowych” co znajduje odzwierciedlenie w pytaniu ankietowym nr 3.3.1.

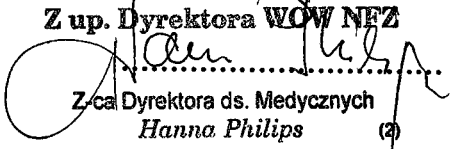
Oferta Odwołującego nie została wybrana ze względu na uzyskanie łącznie niższej punktacji niż oferty, które zostały wybrane oraz większą liczbę oferentów od możliwej do zawarcia przez Fundusz liczby umów, w wyniku przeprowadzenia postępowania konkursowego. Łączna liczba punktów oceny wynosiła, podając z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku 34,50 pkt, podczas gdy ostatni oferent wskazany jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) na obszarze powiatu gostyńskiego, grodzkiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, nowotomyskiego, rawickiego i wolsztyńskiego otrzymał 47,50 pkt. 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. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 7 lutego 2019 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu ww. postępowania zawrze maksymalnie 2 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż 2 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) i to z oferentami, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanych w rankingu końcowym miejsc udzielania świadczeń wyczerpał zarówno liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 zostaną zawarte po jego przeprowadzeniu, jak również całkowicie wyczerpał środki finansowe przeznaczone na udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w wyniku przeprowadzonego postępowania.

Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-19-000057/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 w sprawie o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), w tym – leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) na obszarze powiatu gostyńskiego, grodzkiego, kościańskiego, leszczyńskiego, m. Leszno, międzychodzkiego, nowotomyskiego, rawickiego i wolsztyńskiego. Naruszeń takich nie dostrzegł

również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOV NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips (2)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 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 do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Opracowała: Liwia Polcyn-Nowak

Wykonano w 5 egz.:

1. Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, ul. J. Kiepury 45, 64-100 Leszno;
2. Vigor Med Podfigurny, Błachowiak, Musielak Spółka Jawna, ul. J. Kiepury 12, 64-100 Leszno;
3. Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus Sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;
4. a/a;
5. a/a.