

WO-DP.422.9.2019

Poznań, dnia 7 listopada 2019 roku

DECYZJA NR 10/2019/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 2019 r. poz. 1373 ze 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 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 8 października 2019 roku postępowania nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 10 listopada 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego, wniesionego przez spółkę OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Ostrzeszowie (63-500) przy ul. Aleja Wolności 4, 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897 ze zm.) ogłosił w dniu 14 sierpnia 2019 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 10 listopada 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej -

zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego.

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 46 933,26 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 10 listopada 2019 roku do dnia 31 grudnia 2019 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 1 (słownie: jedna).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 8 października 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 15 października 2019 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez spółkę OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Ostrzeszowie (63-500) przy ul. Aleja Wolności 4 (zwaną dalej: „Odwołującym”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 8 października 2019 roku postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500. 001.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego Odwołujący zarzucił komisji konkursowej, iż złożona przez niego oferta oraz oferta spółki POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ zostały nieprawidłowo ocenione przez komisję konkursową. Odwołujący wskazał także, iż jego zdaniem rozstrzygnięcie konkursu jest niekorzystne dla pacjentów, oraz że oferta wybranego oferenta nie zapewnia kompleksowości świadczeń. Odwołujący zwrócił się także w odwołaniu o ponowne spotkanie oraz o dostęp do oceny punktowej każdej z ofert.

Pismem z dnia 16 października 2019 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01, tj. spółkę POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Ostrzeszowie (63-500), przy ul. Powstańców Wielkopolskich 31 o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej: „k.p.a.”, w tym o możliwości zapoznania się treścią akt sprawy oraz o możliwości wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz o ustaleniu terminu wydania decyzji na dzień 31 października 2019 roku. W dniu 17 października 2019 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący.

W dniu 22 października 2019 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującego z dnia 18 października 2019 roku stanowiące uzupełnienie ww. odwołania. W związku ze stwierdzeniem braków formalnych w treści tegoż pisma, na podstawie art. 64 § 2 k.p.a., Odwołujący został wezwany do ich usunięcia w terminie 7 dni pod rygorem pozostawienia podania bez rozpoznania. Jednocześnie pismem z dnia 25 października 2019 roku poinformowano Odwołującego oraz pismem z dnia 5 listopada 2019 roku poinformowano oferenta, którego oferta została wybrana o zmianie terminu wydania decyzji na dzień 7 listopada 2019 roku. Przedmiotowe braki formalne uzupełnione zostały w dniu 30 października 2019 roku.

Odwołujący w przedmiotowym piśmie z dnia 18 października 2019 roku stanowiącym - zgodnie z jego treścią - uzupełnienie odwołania, zwrócił się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o sprawdzenie w postępowaniu odwoławczym poniższych rozbieżności:

	OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.	POMOC Sp. z o.o.
LEKARZE	Dostępni	Deklarowani
PIEŁĘGNIARKI	2 z specjalizacją	1 z specjalizacją
SPRZĘT	Posiadam	Będę posiadał
GABINET	W miejscu	W lokalizacji

W ww. piśmie Odwołujący wskazał również, iż w przedmiotowym postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert spółce OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ nie doliczono punktów za posiadanie Oddziału Chirurgii Ogólnej. Ponadto Odwołujący zwrócił się z prośbą o ponowne przeanalizowanie obu ofert.

Na skutek wniesienia ww. odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 8 października 2019 roku postępowania nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01

w sprawie zawarcia na okres od dnia 10 listopada 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonym odwołaniu oraz w ww. piśmie uzupełniającym treść tegoż odwołania. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 10 listopada 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego złożone zostały 3 oferty:

1. oferta numer 15-19-000117[02/1]-0001/00 złożona przez oferenta Jarosława Dłubaka, ul. Przemysłowa 8, 63-500 Ostrzeszów;
2. oferta numer 15-19-000117[02/1]-0002/00 złożona przez oferenta POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Powstańców Wielkopolskich 31, 63-500 Ostrzeszów;
3. oferta numer 15-19-000117[02/1]-0003/00 złożona przez oferenta OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Aleja Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów.

Postępowanie nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie świadczeń chirurgii ogólnej w tym: świadczeń zabiegowych w chirurgii ogólnej - zakres

skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 357 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 88/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zmianami);
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami),

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 14 sierpnia 2019 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła w całości ofertę numer 15-19-000117[02/1]-0001/00 złożoną przez oferenta Jarosława Dłubaka, (ul. Przemysłowa 8, 63-500 Ostrzeszów).

Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano zatem 2 (słownie: dwóch) oferentów, jako spełniających wymagane warunki.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania 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 2 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”:

- czas pracy lekarzy [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni (5,00 punktów);
 - czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej - co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni (7,00 punktów);
 - czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej - 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania - do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne (9,00 punktów);
 - czas pracy lekarzy ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej (nie więcej niż dwóch lekarzy) - co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni (4,00 punkty);
- czas pracy pielęgniarki [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - pielęgniarka - co najmniej 50% czasu pracy poradni (3,00 punkty);
 - pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów

wyboru ofert (zgodnie z „Wykazem specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych w dziedzinach pielęgniarstwa odpowiadających przedmiotowi postępowania” Lp. 25 – co do świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej wymagana jest w tym przypadku specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego) - co najmniej 50% czasu pracy poradni (4,00 punkty);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- rektoskop - w lokalizacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- aparat USG umożliwiający następujący zakres badań: USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi), biopsje powierzchniowe i głębokie oraz badania endokawitarne - zgodnie z zakresem realizowanych świadczeń - w lokalizacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- aparat RTG - w lokalizacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);

c) kategorii „Realizacja wybranych świadczeń”:

- realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, świadczeń wstępnej diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

- realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, świadczeń pogłębionej diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń:

- tak (2,00 punkty);
- nie (brak punktów);

d) kategorii „Pozostałe warunki”:

- świadczenia zabiegowe sprawozdane jako grupy zabiegowe „Z”, w ramach umowy, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie [jedna odpowiedź do wyboru]:

- stanowiły od 20% do 40% włącznie wszystkich świadczeń (3,00 punkty);
- stanowiły powyżej 40% wszystkich świadczeń (4,00 punkty);
- żadne z powyższych (brak punktów);

e) kategorii „Jakość - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości (stwierdzone w okresie ostatnich 36 miesięcy poprzedzających dzień ogłoszenia postępowania)” – część wspólna:

- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie [jedna odpowiedź do wyboru]:

- tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5,00 punktów ujemnych);
- tylko na podstawie kontroli (3,00 punkty ujemne);
- żadne z powyższych (brak punktów ujemnych);

- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie [jedna odpowiedź do wyboru]:

- tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5,00 punktów ujemnych);
- tylko na podstawie kontroli (3,00 punkty ujemne);
- żadne z powyższych (brak punktów ujemnych);

- braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
- tak (2,00 punkty ujemne);

- nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - 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 – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (4,00 punkty ujemne);

- nie (brak punktów ujemnych);
 - stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- f) kategorii „Jakość – pozostałe warunki” – część wspólna:
- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych:
 - tak (2,00 punktu);
 - 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 (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów).
2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „Gabinety diagnostyczno-zabiegowe”:
- Gabinet diagnostyczno-zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni - w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii „Zapewnienie badań i zabiegów”:

- Pobranie materiału do badań - w lokalizacji, oraz zapewnienie oceny cytologicznej lub histopatologicznej:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);

c) kryterium „Kompleksowość” – część wspólna:

- realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- udzielanie porad specjalistycznych [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - realizacja profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania (8,00 punktów);
 - realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie odpowiadającym poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania (6,00 punktów);

- realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi 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 lekowe, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydany na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844) [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - dotyczy realizacji od 1 do 3 programów lekowych (4,00 punkty);
 - dotyczy realizacji od 4 do 6 programów lekowych (6,00 punktów);
 - dotyczy realizacji od 7 i więcej programów lekowych (8,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów).

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – część wspólna:

- czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin (4,00 punkty);
 - powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin (6,00 punktów);
 - powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin (8,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (1,00 punkt);

- nie (brak punktów);
 - odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów).
4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – część wspólna:
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń:
 - tak (13,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - nieprzerwanie od 5 lat (7,00 punktów);
 - nieprzerwanie od 10 lat (10,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów).
5. Inne warunki oceniane – część wspólna:
- współpraca z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 roku:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - brak ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji albo brak ważnej pozytywnej opinii w sprawie protestu - dotyczy podmiotu leczniczego, jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub innej 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 x C_{NFZ} ,

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 8 października 2019 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczeń chirurgii ogólnej w tym: świadczeń zabiegowych w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego wskazano oferenta: POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Powstańców Wielkopolskich 31, 63-500 Ostrzeszów.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego z powodu wyczerpania niemal całkowicie środków określonych w ogłoszeniu postępowania i z uwagi na maksymalną liczbę umów przewidzianych do zawarcia, oraz wybór oferty, która uzyskała większą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 i zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania konkursowego 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 OFERTY
		ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ ul. Powstańców Wielkopolskich 31, 63-500 Ostrzeszów;	2,99	16	10,00	9,00	0,00	-8,00	29,99	TAK
2. OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	Pracownia Rezonansu Magnetycznego ul. 28 Czerwca 1956 r. 194/202 61-485 Poznań	2,99	15	10,00	9,00	0,00	-8,00	28,99	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 ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)”, cz. 36 „Przedmiot postępowania: Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej” oraz Tabeli nr 2 „AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS, ASDK) – część wspólna” załącznika nr 2 „WYKAZ SZCZEGÓŁOWYCH KRYTERIÓW WYBORU OFERT WRAZ Z WYZNACZAJĄCYMI JE WARUNKAMI ORAZ PRZYPISANĄ IM WARTOŚCIĄ W RODZAJU AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII Formularza Ofertowego „Ankiety” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

**Oferent: POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,
ul. Powstańców Wielkopolskich 31, 63-500 Ostrzeszów, oferta dla miejsca udzielania
świadczeń zlokalizowanego w Ostrzeszowie przy ul. Powstańców Wielkopolskich 31**

- I.** W zakresie kryterium kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:
- nie zadeklarował realizowania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki

onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

- zadeklarował realizowanie w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 8,00 punktów;
- nie zadeklarował realizowania profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydany na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania ani realizowania umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie odpowiadającym poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- w punkcie realizowanie umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi 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 lekowej, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydany na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844) udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

- zadeklarował posiadanie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego dostępnego na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni - w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował pobranie materiału do badań - w lokalizacji, oraz zapewnienie oceny cytologicznej lub histopatologicznej, za co otrzymał 1,00 punkt.

II. W zakresie kryterium jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Personel:

- w punkcie czas pracy lekarzy udzielił odpowiedzi: czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej - 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania - do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, za co otrzymał 9,00 punktów;
- w punkcie czas pracy pielęgniarki udzielił odpowiedzi: pielęgniarka - co najmniej 50% czasu pracy poradni, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów wyboru ofert (zgodnie z „Wykazem specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych w dziedzinach pielęgniarstwa odpowiadających przedmiotowi postępowania” Lp. 25 – co do świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej wymagana jest w tym przypadku specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego) - co najmniej 50% czasu pracy poradni”, za co oferent otrzymał 4,00 punkty.

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- w punkcie udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- w punkcie udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, 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 w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążania – świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach 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 – tylko na podstawie kontroli, 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.

3) Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował realizowania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, świadczeń wstępnej diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował realizowania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, świadczeń pogłębionej diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń, co skutkowało nieprzyznaniem punktów.

4) Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia:

- zadeklarował rektoskop – w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt;

- zadeklarował aparat USG umożliwiający następujący zakres badań: USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi), biopsje powierzchniowe i głębokie oraz badania endokawitarne - zgodnie z zakresem realizowanych świadczeń - w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował aparat RTG - w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt.

5) Pozostałe warunki:

- w punkcie świadczenia zabiegowe sprawozdane jako grupy zabiegowe „Z”, w ramach umowy, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydanego zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował, iż 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów.

III.

W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- w punkcie czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu udzielił odpowiedzi powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych

między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, za co otrzymał 8,00 punktów;

- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1,00 punkt;

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- w punkcie dotyczącym określenia, czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem 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., co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji albo brak ważnej pozytywnej opinii w sprawie protestu - dotyczy podmiotu leczniczego, jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub innej inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Tak”, co skutkowało przyznaniem 8,00 punktów ujemnych.

- VI.** W zakresie kryterium ceny: oferent POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (ul. Powstańców Wielkopolskich 31, 63-500 Ostrzeszów) zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał 2,99 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

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

Oferent: OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Aleja Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów

- I.** W zakresie kryterium kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:
- nie zadeklarował realizowania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
 - nie zadeklarował realizowania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
 - zadeklarował realizowanie profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres

udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania, za co otrzymał 8,00 punktów;

- w punkcie realizowanie umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi 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 lekowego, 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 (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844) udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował posiadanie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego dostępnego na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni - w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował pobranie materiału do badań - w lokalizacji, oraz zapewnienie oceny cytologicznej lub histopatologicznej, za co otrzymał 1,00 punkt.

II. W zakresie kryterium jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Personel:

- w punkcie czas pracy lekarzy udzielił odpowiedzi: czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie chirurgii lub chirurgii ogólnej - 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania - do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, za co otrzymał 9,00 punktów;

- w punkcie czas pracy pielęgniarki udzielił odpowiedzi: pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 - co najmniej 50% czasu pracy poradni”, za co oferent otrzymał 4,00 punkty.

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- w punkcie udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- w punkcie udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- zadeklarował nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążania- świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach 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 – tylko na podstawie kontroli, 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.

3) Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował realizowania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, świadczeń wstępnej diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował realizowania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, świadczeń pogłębionej diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia

onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń, co skutkowało nieprzyznaniem punktów.

4) Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia:

- zadeklarował rektoskop – w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował aparatu USG umożliwiającego przeprowadzanie badań w następującym zakresie: USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi), biopsje powierzchniowe i głębokie oraz badania endokawitarne - zgodnie z zakresem realizowanych świadczeń - w lokalizacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował aparat RTG - w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt.

5) Pozostałe warunki:

- w punkcie świadczenia zabiegowe sprawozdane jako grupy zabiegowe „Z”, w ramach umowy, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydane zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował, iż 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów.

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- w punkcie czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu udzielił odpowiedzi powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, za co otrzymał 8,00 punktów;
- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1,00 punkt;

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- w punkcie dotyczącym określenia, czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem 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., co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

- w punkcie brak ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji albo brak ważnej pozytywnej opinii w sprawie protestu - dotyczy podmiotu leczniczego, jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub innej inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania udzielił odpowiedzi „Tak”, co skutkowało przyznaniem 8,00 punktów ujemnych.

VI. W zakresie kryterium ceny: OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (ul. Aleja Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów) zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał 2,99 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

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

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 8 października 2019 roku postępowania nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 10 listopada 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego, wskazać należy co następuje.

Oferta Odwołującego nie została wybrana ze względu na otrzymanie łącznie niższej punktacji niż oferta spółki POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, która została wybrana w przedmiotowym postępowaniu oraz z uwagi na możliwość wyboru w przedmiotowym postępowaniu konkursowym wyłącznie jednej oferty (gdyż maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogły być zawarte po przeprowadzeniu tegoż postępowania, zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wynosiła: 1). Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła, podając z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, 28,99 punktu, podczas gdy oferent wskazany jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego otrzymał 29,99 punktu. W tym miejscu wskazania wymaga, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 14 sierpnia 2019 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu ww. postępowania zawrze maksymalnie 1 (słownie: jedną) umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż 1 umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna, i to z oferentem, którego oferta uzyskała najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanego w rankingu końcowym miejsca udzielania świadczeń wyczerpał zarówno liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 zostaną zawarte po jego przeprowadzeniu, jak również wyczerpał niemal całkowicie środki finansowe przeznaczone na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna, w wyniku przeprowadzonego postępowania.

Za chybioną uznać należy argumentację przedstawioną w odwołaniu wskazującą, jakoby komisja konkursowa dokonała w przedmiotowym postępowaniu nieprawidłowej oceny złożonych ofert, a także jakoby oferta, która została wybrana nie zapewniała kompleksowości świadczeń.

Wskazać należy, iż komisja konkursowa w przeprowadzonym postępowaniu nie mogła stosować dowolnych kryteriów oceny ofert. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 podlegała bowiem ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł samodzielnie decydować o zadeklarowanych przez siebie warunkach udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Zgodnie z art. 134 Ustawy Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe

zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (z uwzględnieniem rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że taki sposób sformalizowania trybu prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej eliminuje element subiektywny i możliwość działania komisji konkursowej na zasadzie uznaniowości. O miejscu w rankingu końcowym zdecydowała wyłącznie punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie wskazane w formularzu ofertowym kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskał oferent wybrany w rankingu ofert.

Mając powyższe na uwadze, odnosząc się jednocześnie do podniesionego w odwołaniu zarzutu, jakoby oferta konkurencji nie zapewniała kompleksowości świadczeń, należy w tym miejscu zaznaczyć, iż kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno w przypadku Odwołującego, jak i oferenta którego oferta została wybrana w postępowaniu konkursowym, było oceniane przez komisję konkursową na podstawie ściśle określonych i jednakowych dla obu oferentów warunków rankingujących, wskazanych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W wyniku dokonania przez komisję konkursową oceny złożonych ofert w zakresie spełniania kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - zarówno Odwołujący, jak i oferent którego oferta została wybrana w postępowaniu konkursowym - otrzymali taką samą ilość punktów (10,00 punktów), co wskazuje iż obaj oferenci spełniali przedmiotowe kryterium na jednakowym poziomie. W tym miejscu należy jednak podkreślić, iż na wybór danej oferty w postępowaniu konkursowym wpływ ma nie tylko spełnianie przez danego oferenta kryterium kompleksowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ale również spełnianie przez niego innych kryteriów wyboru ofert, określonych ww. przepisami prawa.

W zakresie ww. zarzutów należy również wskazać, iż zgodnie z § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, komisja konkursowa może żądać od oferenta złożenia wyjaśnień dotyczących oferty, a także może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa, a także zażądać przekazania dokumentów

potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta. Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 przeprowadziła w dniu 25 września 2019 roku weryfikację oferenta POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie, tj. pod adresem wskazanym w ofercie. Wyniki weryfikacji przedstawione zostały w dokumencie „Wynik weryfikacji oferenta” z dnia 25 września 2019 roku oraz w załączniku do tegoż dokumentu. W wyniku przedmiotowej weryfikacji komisja konkursowa pozytywnie zweryfikowała spełnianie przez oferenta POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ określonych warunków zadeklarowanych przez niego w ofercie, dotyczących kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. W kategorii „Gabinety diagnostyczno-zabiegowe”, w zakresie warunku „Gabinet diagnostyczno-zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni - w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji”, a także w kategorii „Zapewnienie badań i zabiegów”, w zakresie warunku „Pobranie materiału do badań - w lokalizacji, oraz zapewnienie oceny cytologicznej lub histopatologicznej” komisja dokonała pozytywnej oceny merytorycznej oraz stwierdziła stan faktyczny zgodny z przedstawionym w ofercie. Zaznaczyć również należy, iż pozytywnie zweryfikowano spełnianie przez oferenta POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ zadeklarowanego w ofercie warunku realizowania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie. W tym miejscu podkreślić również należy, iż w przedmiotowym postępowaniu komisja konkursowa dokonała weryfikacji zarówno danych zawartych w ofercie złożonej przez oferenta POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, jak i w ofercie Odwołującego, stosując przy tym jednakowe i równe zasady traktowania oferentów w postępowaniu konkursowym.

Odnosnie wskazanych przez Odwołującego rozbieżności pomiędzy warunkami zadeklarowanymi w ofercie spółki POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ oraz warunkami przedstawionymi w ofercie Odwołującego wskazać należy, iż przedstawione w piśmie z dnia 18 października 2019 roku różnice pomiędzy tymi ofertami nie są relewantne w kontekście punktacji przyznanej tymże ofertom za spełnienie kryteriów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, a tym samym nie mogły mieć one wpływu na rozstrzygnięcie przeprowadzonego postępowania w sprawie

zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Co więcej, przedstawione różnice w treści składanych ofert nie świadczą w żadnej mierze o jakichkolwiek naruszeniach zasad przeprowadzania postępowania przez komisję konkursową. W tym miejscu ponownie przypomnienia wymaga, że komisja konkursowa może przyznawać punkty wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, a nie na zasadach uznaniowości.

Odwołujący wskazał w swym piśmie z dnia 18 października 2019 roku (stanowiącym uzupełnienie odwołania), że w ofercie spółki POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ podano, iż wymienione w wykazie osoby personelu są jedynie „deklarowane” w momencie sporządzenia formularza ofertowego (a nie „dostępne”), przy czym jednocześnie podkreślenia wymaga, iż dla każdej z tychże osób personelu w formularzu ofertowym wskazano jednocześnie odpowiednią datę, od kiedy ta osoba będzie dostępna w danym miejscu udzielania świadczeń, oraz przedłożono dokumenty potwierdzające kompetencje wszystkich osób wskazanych przez oferenta w wykazie personelu. W tym miejscu stwierdzić należy, iż to, czy wymagany personel jest w chwili sporządzania formularza ofertowego „dostępny”, czy jedynie „deklarowany” (z jednoczesnym określeniem daty dostępności tegoż personelu umożliwiającej realizację umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będącej przedmiotem postępowania konkursowego), nie jest relewantne w kontekście wyboru danej oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na co wskazuje również treść przepisów zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. (ze zmianami) w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z treścią § 10 ust. 4 pkt 3 tegoż zarządzenia formularz ofertowy zawiera wykaz personelu z opisem kompetencji; oferent obowiązany jest na wezwanie komisji prowadzącej postępowanie udokumentować gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie. Dokumentem potwierdzającym gotowość udzielania świadczeń jest zawarta z oferentem lub podwykonawcą umowa cywilnoprawna, w szczególności umowa o pracę lub pisemne zobowiązanie do zawarcia jednej z ww. umów.

Co istotne, mając na uwadze zasady wykładni językowej, należy zaznaczyć iż przepis ten określa jedynie uprawnienie komisji konkursowej (a nie jej obowiązek) do wezwania oferenta w przedmiocie udokumentowania gotowości udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie. W konsekwencji należy wskazać, iż z tegoż uprawnienia komisja

konkursowa korzysta wówczas, gdy uzna iż w przedmiotowej kwestii zachodzą wątpliwości wymagające wystosowania stosownego wezwania do oferenta. Nie sposób natomiast przyjąć takiej oto wykładni omawianego przepisu, zgodnie z którą komisja konkursowa byłaby w przypadku każdego oferenta zobligowana do jego wezwania do przedłożenia przedmiotowej dokumentacji, co jednocześnie oznaczałoby, iż owa dokumentacja dotycząca gotowości udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie, byłaby obligatoryjnym elementem każdej, składanej w postępowaniu konkursowym oferty. Podkreślenia zatem ponownie wymaga, iż elementem obligatoryjnym (z uwagi na treść obowiązujących ww. przepisów) składanej oferty jest wykaz personelu z opisem kompetencji. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym oferent POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ złożył wraz z ofertą wykaz personelu oraz dokumenty potwierdzające kompetencje personelu, w związku z czym należy wskazać, iż komisja konkursowa uwzględniając w swym rozstrzygnięciu zadeklarowany przez tegoż oferenta personel - nie naruszyła swym postępowaniem zasad przeprowadzania postępowania konkursowego. Co więcej, podkreślić należy, iż komisja konkursowa również i w tym zakresie zastosowała wobec oferentów jednakowe, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, i przejrzyste zasady postępowania.

W odniesieniu do zarzutu, że ofercie Odwołującego wykazano dwie pielęgniarki ze specjalizacją, podczas gdy w ofercie spółki POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ wykazano wyłącznie jedną pielęgniarkę ze specjalizacją na wstępie należy podkreślić, iż przedmiotowe wskazanie, jest nieprawidłowe. W formularzu ofertowym Odwołujący zadeklarował bowiem wyłącznie jedną pielęgniarkę posiadającą odpowiednie, dodatkowo punktowane kwalifikacje (stosownie do wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert), tj. specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, iż nawet gdyby faktycznie Odwołujący zadeklarował w swej ofercie w wykazie personelu dwie pielęgniarki posiadające ww. dodatkowo punktowane kwalifikacje, to i tak w żaden sposób nie świadczyłoby to o tym, aby komisja konkursowa naruszyła w jakikolwiek sposób reguły przeprowadzania postępowania. Przy dokonywaniu oceny jakości udzielanych świadczeń w kategorii „Personel”, w zakresie czasu pracy pielęgniarki, zgodnie z ww. przepisami rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, kwestią istotną było to, czy

deklarowany czas pracy pielęgniarki wynosi co najmniej 50 % czasu poradni oraz czy wykazywany przez oferenta personel pielęgniarski posiada odpowiednie kwalifikacje, tj. specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. Ustawodawca nie przewidział możliwości przyznania punktów, za każdą pielęgniarkę spełniającą wskazane kryterium rankingujące, zatem komisja konkursowa nie była uprawniona do przyjęcia takiej interpretacji. W tym kontekście liczba zadeklarowanych przez oferentów w wykazie personelu pielęgniarek nie mogła być zatem przedmiotem oceny komisji konkursowej, bowiem jak już powyżej wskazano – komisja konkursowa nie mogła stosować w postępowaniu nr 15-18-000499/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 dowolnych kryteriów oceny ofert, a każda ze złożonych w przedmiotowym postępowaniu ofert podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów określonych w załączniku do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. Wobec powyższego, w tym miejscu należy jedynie wskazać, iż zarówno oferent POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, jak i Odwołujący zadeklarowali w przedmiotowym postępowaniu odnośnie jakości udzielanych świadczeń, w kategorii „Personel”, w zakresie czasu pracy pielęgniarki spełnienie warunku: pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów wyboru ofert (zgodnie z „Wykazem specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych w dziedzinach pielęgniarstwa odpowiadających przedmiotowi postępowania” Lp. 25 – co do świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej wymagana jest w tym przypadku specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego) - co najmniej 50% czasu pracy poradni, za co przyznano im jednakową liczbę punktów (4,00 punkty).

Odwołujący w szczegółach swojej oferty zadeklarował dostępność profilu medycznego/zakresu łącznie przez 38 godzin tygodniowo (poniedziałek: 8.00-14.00; wtorek 8.00-14.00; środa 8.00-18.00; czwartek 8.00-14.00; piątek 8.00-18.00), przy czym zadeklarowana przez Odwołującego liczba godzin pracy pielęgniarki ze specjalizacją wynosiła 29 godzin tygodniowo. Oferent POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ w szczegółach swojej oferty zadeklarował dostępność profilu medycznego/zakresu łącznie przez 40 godzin tygodniowo (poniedziałek: 8.00-16.00; wtorek 10.00-18.00; środa 8.00-16.00; czwartek 8.00-16.00; piątek 10.00-18.00), przy czym zadeklarowana przez niego liczba godzin pracy pielęgniarki ze

specjalizacją wynosiła 40 godzin tygodniowo. Wobec powyższego należy stwierdzić, iż postępowanie komisji konkursowej w przedmiotowym zakresie, polegające na przyznaniu obu oferentom jednakowej liczby punktów (4,00 punkty) nie naruszało zasad postępowania konkursowego i było przeprowadzone w sposób prawidłowy.

W piśmie uzupełniającym odwołanie z dnia 18 października 2019 r. wskazano ponadto, iż w ofercie Odwołującego zadeklarowano posiadanie wymaganego sprzętu, a w ofercie spółki POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ zadeklarowano wyłącznie, iż oferent ten „będzie posiadał” wymagany sprzęt. W pierwszej kolejności wskazać należy, że jakkolwiek w formularzu ofertowym, w wykazie zasobów oferenta POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ odnośnie następujących zasobów: zestaw narzędzi chirurgicznych; USG (model HS-2000); aparat rentgenowski – oferent wskazał przedmiotowy sprzęt ze statusem „będę posiadał”, to jednak określił w tym samym miejscu również datę uzyskania przedmiotowego sprzętu, tj. dzień 10 marca 2018 r. Co należy w tym miejscu podkreślić, wskazana data uzyskania przedmiotowego sprzętu poprzedza zarówno dzień otwarcia ofert w niniejszym postępowaniu jak i dzień redakcji oferty. Co istotne, również pozostały sprzęt wskazany w ofercie, a oznaczony statusem „posiadam”, posiadał wskazanie daty jego uzyskania tak sprzed dnia otwarcia ofert jak i dnia redakcji oferty.

Oferent POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ zadeklarował w formularzu ofertowym, w części dotyczącej spełniania warunków związanych z kryterium jakości udzielanych świadczeń, w kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”, spełnianie warunków dotyczących zapewnienia następującego sprzętu: rektoskopu, aparatu USG umożliwiającego następujący zakres badań: USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi), biopsje powierzchniowe i głębokie oraz badania endokawitarne - zgodnie z zakresem realizowanych świadczeń - w lokalizacji, oraz aparatu RTG - w lokalizacji. W wyniku weryfikacji przeprowadzonej w dniu 25 września 2019 r. w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie spółki POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ komisja konkursowa stwierdziła posiadanie przez oferenta ww. sprzętu, tj. rektoskopu - w lokalizacji, aparatu USG umożliwiającego następujący zakres badań: USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi), biopsje powierzchniowe i głębokie oraz badania endokawitarne - zgodnie z zakresem realizowanych świadczeń - w lokalizacji, oraz aparatu RTG - w lokalizacji. Mając na uwadze, iż oferent w ofercie zadeklarował uzyskanie przedmiotowego sprzętu w dniu 10 marca

2018 r., oraz że w toku weryfikacji oferenta potwierdzono posiadanie przez niego tegoż sprzętu, komisja konkursowa ustaliła spełnienie przez oferenta warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych, a zadeklarowanych w ofercie ww. oferenta. W tym miejscu należy dodać, iż komisja konkursowa w dniu 25 września 2019 roku przeprowadziła również weryfikację Odwołującego w takim samym zakresie i również w tym przypadku ustaliła stan faktyczny zgodny z przedstawionym w ofercie. Komisja konkursowa w rankingu końcowym uwzględniła wyniki przeprowadzonej weryfikacji oferentów pod względem zadeklarowanych warunków rankingujących odnoszących się do kryterium jakości w kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”. Ponadto zaznaczyć wymaga, iż o posiadaniu przez oferenta POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ aparatu rentgenowskiego w lokalizacji przed dniem otwarcia ofert świadczy również wpis w księdze rejestrowej tegoż oferenta w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, zgodnie z którym od dnia 1 marca 2018 r. podmiot leczniczy POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ posiada w swej strukturze komórkę organizacyjną PRACOWNIA RENTGENODIAGNOSTYKI OGÓLNEJ. Wobec powyższego należy wskazać, iż przedstawiona w treści odwołania różnica polegająca na tym, iż w ofercie Odwołującego zadeklarowano posiadanie wymaganego sprzętu, a w ofercie spółki POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ zadeklarowano, iż oferent ten „będzie posiadał” przedmiotowy sprzęt (przy czym zakreślono datę uzyskania sprzętu na dzień przed otwarciem ofert) nie jest relewantna w kontekście punktacji przyznanej oferentom w rankingu końcowym w związku ze spełnianiem kryterium jakości udzielanych świadczeń w kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”. Każdy z oferentów biorących udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiadał na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznano mu odpowiednią ilość punktów, określoną na podstawie załącznika do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Zadeklarowane przez oferentów warunki zostały ponadto zweryfikowane w miejscach udzielania świadczeń przez komisję konkursową, przy czym zaznaczenia wymaga, iż weryfikacja ww. ofert odbyła się na jednakowych zasadach, z uwzględnieniem zasady równego traktowania uczestników postępowania konkursowego. Mając powyższe na uwadze, nie sposób przypisać komisji konkursowej w przedmiotowym zakresie jakiegokolwiek naruszenia zasad przeprowadzania postępowania konkursowego.

W uzupełnieniu odwołania wskazano ponadto, iż Odwołujący w swej ofercie zadeklarował zapewnienie gabinetu w miejscu, podczas gdy oferent POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ

ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ zadeklarował gabinet w lokalizacji. W tym miejscu należy zatem podkreślić, iż w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, w kontekście złożonych ofert spełnienie kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniane było, stosownie do zapisów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w kategorii „Gabinety diagnostyczno-zabiegowe” - w zakresie spełniania przez oferentów warunku rankingującego - Gabinet diagnostyczno-zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni - w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji. Wyjaśnić w tym miejscu należy, iż treść zapisu dotyczącego przedmiotowego warunku rankingującego w żaden sposób nie różnicuje punktacji przyznawanej oferentowi w zależności od tego, czy oferent ten zapewnienia gabinet diagnostyczno-zabiegowy - w lokalizacji, czy też gabinet diagnostyczno-zabiegowy - w miejscu udzielania świadczeń.

W związku z powyższym, wskazana różnica nie mogła w żaden sposób zaważyć na punktacji przyznanej przez komisję oferentom w przedmiotowej kategorii w postępowaniu konkursowym o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500. 001.02/01. Odwołujący i oferent, którego oferta została wybrana w przedmiotowym postępowaniu zadeklarowali w złożonych formularzach ofertowych zapewnienie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego dostępnego na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji. W przypadku obu oferentów w dniu 25 września 2019 roku komisja konkursowa dokonała pozytywnej weryfikacji zadeklarowanych przez nich warunków w tymże zakresie, tj. komisja ustaliła stan faktyczny zgodny z przedstawionym w ofercie, co uwzględniono w punktacji przyznanej oferentom w rankingu końcowym (przyznając każdemu z oferentów po 1,00 punkcie). Wobec powyższego nie sposób przypisać komisji konkursowej jakiegokolwiek naruszenia zasad postępowania przy dokonywaniu oceny spełnienia przez oferentów ww. warunku rankingującego.

W uzupełnieniu odwołania z dnia 18 października 2019 roku Odwołujący podnosi ponadto, iż w przeprowadzonym postępowaniu konkursowym komisja konkursowa nie doliczyła mu punktów należnych z tytułu posiadania Oddziału Chirurgii Ogólnej. Mając na uwadze wcześniej poczynione uwagi, w tym miejscu podkreślić należy jedynie, iż niemożliwe byłoby zastosowanie wobec Odwołującego dodatkowego, wskazanego przez niego kryterium, jakim jest fakt posiadania Oddziału Chirurgii Ogólnej. Jak już wskazano we wcześniejszej części decyzji, kryteria oraz poszczególne warunki rankingujące - determinujące wybór danej oferty w postępowaniu konkursowym są podyktowane obowiązującymi przepisami prawa, co oznacza iż komisja

konkursowa nie ma w tym zakresie dowolności. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym każdy z oferentów udzielał odpowiedzi na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi komisja przyznawała mu odpowiednią ilość punktów, określoną we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Co istotne, w formularzu ofertowym nie znajdowało się pytanie o posiadanie przez oferenta oddziału chirurgii. Podkreślenia w tym miejscu również wymaga, iż w zakresie spełniania kryterium kompleksowości, z zakresie udzielania porad specjalistycznych Odwołujący zadeklarował w ofercie spełnianie warunku - realizacja profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania. Za spełnienie przez Odwołującego tegoż warunku przyznano mu 8,00 punktów. O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała zatem wyłącznie punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie wskazane powyżej kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskał oferent wybrany w rankingu ofert.

W kontekście ograniczonych środków finansowych podkreślenia wymaga także, iż istotą przedmiotowego postępowania konkursowego pozostaje wybór oferenta, który uzyskał najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór większej niż dopuszczalna liczby oferentów biorących udział w postępowaniu. Podkreślenia wymaga, iż wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przede wszystkim przekroczenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, jak również spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W związku z powyższym uzasadniony jest 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 wniesionego odwołania. We wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady przeprowadzania postępowania konkursowego nr 15-19-0000117/AOS/02/1/02.1500.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 10 listopada 2019 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,

świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej w tym: świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony z 02.1500.001.02 oraz świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej - diagnostyka onkologiczna na obszarze powiatu ostrzeszowskiego. 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.

POUCZENIE

Z upr. Dyrektora WDW NFZ
Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips (4)

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. z 2019 r. poz. 1373 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.

Opracował: Krzysztof Stangierski
Wykonano w 4 egz.:

1. POMOC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Powstańców Wielkopolskich 31, 63-500 Ostrzeszów;
2. OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Aleja Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów
3. a/a;
4. a/a.