

DECYZJA NR 6/2021/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 735 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 22 września 2021 roku postępowania nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 października 2021 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze województwa wielkopolskiego, wniesionego przez podmiot leczniczy RODAMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Turku (62-700), ul. Korytkowska 2, w imieniu którego działa radca prawny Marcin Józefiak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie pełnomocnictwa nr 85/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2021 roku, postanawia,

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ogłosił w dniu 16 lipca 2021 roku, na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2020 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 2020 r., poz. 1858), postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 października 2021 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze województwa wielkopolskiego.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 392 472,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 15 października 2021 roku do dnia 31 grudnia 2021 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 22 września 2021 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 Prezesa Funduszu, 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 Prezes 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 Funduszu.

W postępowaniu nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 października 2021 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze województwa wielkopolskiego, złożono 8 (słownie: osiem) ofert:

1. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0005/00 złożona przez oferenta Centrum Medyczne HCP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. 28 Czerwca 1956 r. 194, 61-485 Poznań;
2. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0001/00 złożona przez oferenta TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A, ul. Piotra Ściegiennego 84A, 60-147 Poznań – oferta złożona na 2 miejsca udzielania świadczeń: Poznań, ul. Obornicka 262 i Ostrów Wlkp., ul. Limanowskiego 20-22;
3. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0002/00 złożona przez oferenta VOXEL S.A, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków-Podgórze;
4. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0003/00 złożona przez oferenta ARTERIEART Spółka z o.o., ul. Rakoniewicka 23A, 60-111 Poznań;
5. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0004/00 złożona przez oferenta Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wlkp.;
6. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0006/00 złożona przez oferenta Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan;
7. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0007/00 złożona przez oferenta LUX MED Spółka z o.o., ul. Postępu 21/C, 02-676 Warszawa;
8. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0008/00 złożona przez oferenta RODAMED Spółka z o.o., ul. Korytkowska 2, 62-700 Turek.

Postępowanie nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 15 października 2021 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM), prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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. poz. 1858);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. 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. poz. 1372 z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”;

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej”,
- zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.), zwanego dalej „zarządzeniem 182/2019/DSOZ”,
- 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 zm),

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 16 lipca 2021 roku.

Działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 odrzuciła 2 oferty:

- 1) ofertę numer 15-21-000060[02/3]-0008/00 złożoną przez oferenta RODAMED Spółka z o.o., ul. Korytkowska 2, 62-700 Turek,
- 2) ofertę numer 15-21-000060[02/3]-0003/00 złożoną przez oferenta ARTERIEART Spółka z o.o., ul. Rakoniewicka 23A, 60-111 Poznań,

jako niespełniające 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.

Warunki wymagane spełniało 6 (słownie: sześciu) oferentów. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert na dokonanie oceny i porównanie 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”:

- stała obecność pielęgniarki:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);

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

- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5,00 punktów ujemnych);
 - tylko na podstawie kontroli (3,00 punkty ujemne);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie:
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5,00 punktów ujemnych);
 - tylko na podstawie kontroli (3,00 punkty ujemne);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
- 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, 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);
 - 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 (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);
- c) kategorii „Realizacja wybranych świadczeń”:
- realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970):
 - tak (11,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);

d) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- system MR – jedna odpowiedź do wyboru:
 - system MR min. 25 mT/m, min. 1.0T; 2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego; 3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań (4,00 punkty);
 - system MR min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T; 2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego; 3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań (7,00 punktów);
 - żadne z powyższych – 0,00 punktów;
- funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego – fMRI:
 - tak (7,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);

e) kategorii „Pozostałe warunki” – część wspólna:

- zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- prowadzenie historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kryterium „Sposób wykonywania umowy”:

- 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 (0,00 punktów);

b) kryterium „Zapewnienie badań i zabiegów” – jedna odpowiedź do wyboru:

- realizacja umowy:
 - w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji (12,00 punktów);
 - o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - w lokalizacji (10,00 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kryterium „Dostępność – harmonogram pracy”:

- czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu – 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 (0,00 punktów);

b) kryterium „Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”:

- odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych w miejscu udzielania świadczeń:

- tak (1,00 punkt);
- nie (0,00 punktów);

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- w dniu złożenia oferty realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń:
 - tak (13,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- w dniu złożenia oferty realizacja na podstawie umowy procesu 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 (0,00 punktów);

5. Inne warunki oceniane:

- współpraca z Agencją – przekazywanie przez świadczeniodawcę w terminie danych, 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 (0,00 punktów);

6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 10,00 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 22 września 2021 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi zostaną zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze województwa wielkopolskiego, wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

1. Centrum Medyczna HCP Spółka z o.o., Poznań (61-485), ul. 28 Czerwca 1956 r. 194 (oferta numer 15-21-000060[02/3]-0005/00),
2. VOXEL S.A, Kraków-Podgórze (30-663), ul. Wielicka 265 (oferta numer 15-21-000062[02/3]-0002/00).

Komisja konkursowa nie wybrała 3 ofert:

1. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0001/00 złożona przez oferenta TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A, ul. Piotra Ściegiennego 84A, 60-147 Poznań,
2. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0004/00 złożona przez oferenta Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wlkp.,
3. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0007/00 złożona przez oferenta LUX MED Spółka z o.o., ul. Postępu 21/C, 02-676 Warszawa.

Natomiast po przeprowadzonych negocjacjach Komisja konkursowa nie wybrała 1 oferty:

1. oferta numer 15-21-000060[02/3]-0006/00 złożona przez oferenta Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 zakwalifikowanych do części niejawnego 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 CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSYWNOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. Centrum Medyczne HCP Spółka z o.o.	Pracownia Rezonansu Magnetycznego Poznań (61-485), ul. 28 Czerwca 1956 r. 194	10,00	40,00	14,00	11,00	0,00	0,00	75,00	TAK
2. VOXEL S.A	Pracownia Rezonansu Magnetycznego Poznań (60-479), ul. Juraszów 7/19	10,00	38,00	2,00	11,00	0,00	0,00	61,00	TAK
3. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie	Pracownia Rezonansu Magnetycznego Kościan (64-000), ul. Szpitalna 7	8,00	27,00	14,00	9,00	0,00	0,00	58,00	NIE
4. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim	Pracownia Rezonansu Magnetycznego Ostrów Wlkp. (63-400), ul. Limanowskiego 20/22	10,00	13,00	14,00	9,00	0,00	0,00	46,00	NIE
5. TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A	Pracownia Rezonansu Magnetycznego Poznań (60-693), ul. Obornicka 262	10,00	22,00	2,00	11,00	0,00	0,00	45,00	NIE
5. LUX MED Spółka z o.o.	Pracownia Rezonansu Magnetycznego Poznań (60-449), ul. Wichrowa 1a	10,00	22,00	2,00	11,00	0,00	0,00	45,00	NIE
6. TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A	Pracownia MR Ostrów Wlkp. (63-400), ul. Limanowskiego 20-22	10,00	15,00	2,00	11,00	0,00	0,00	38,00	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 nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM), pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) – część wspólna oraz Tabeli nr 3

„Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK)” pkt 4 „4. Przedmiot postępowania: Badania rezonansu magnetycznego (RM)” 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 kryteriów wyboru ofert.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII. formularza ofertowego „Ankiety” oferenci, których oferty poddano ocenie w postępowaniu nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM), udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent: Centrum Medyczne HCP Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) Personel:
 - zadeklarował stałą obecność pielęgniarki, za co otrzymał 6,00 punktów,
- 2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:
 - na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- 3) Realizacja wybranych świadczeń:
- zadeklarował realizację w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co otrzymał 11,00 punktów,
- 4) Aparatura i sprzęt medyczny:
- zadeklarował system MR 1) min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T; 2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego; 3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań, za co otrzymał 7,00 punktów,

- zadeklarował funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego – fMRI, za co otrzymał 7,00 punktów,

5) Pozostałe warunki:

- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co otrzymał 2,00 punkty
- zadeklarował, że prowadzi 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 3,00 punkty,

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) Sposób wykonywania umowy:

- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 2,00 punkty,

2) Zapewnienie badań i zabiegów:

- zadeklarował realizację umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji, za co otrzymał 12,00 punktów,

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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;

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2,00 punkty,

- 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, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi żadne z powyższych, za co nie otrzymał punktów
- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat, za co nie otrzymał punktów,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent Centrum Medyczne HCP Spółka z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 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: VOXEL S.A:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- zadeklarował stałą obecność pielęgniarki, za co otrzymał 6,00 punktów;

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- 3) Realizacja wybranych świadczeń:
- zadeklarował realizację w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co otrzymał 11,00 punktów,
- 4) Aparatura i sprzęt medyczny:
- zadeklarował system MR 1) min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T;
 - 2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego;
 - 3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań, za co otrzymał 7,00 punktów,
 - zadeklarował funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego – fMRI, za co otrzymał 7,00 punktów,
- 5) Pozostałe warunki:
- nie zadeklarował zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co otrzymał nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty
 - zadeklarował certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co otrzymał 2,00 punkty
 - zadeklarował, że prowadzi 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 3,00 punkty,

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) Sposób wykonywania umowy:
- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej,

o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 2,00 punkty,

2) Zapewnienie badań i zabiegów:

- nie zadeklarował realizacji umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji albo w rodzaju leczenia szpitalne, za co nie otrzymał punktów,

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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,

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2,00 punkty
- 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, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi żadne z powyższych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat, za co nie otrzymał punktów,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent VOXEL S.A zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 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 leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe, w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania.

Oferent: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie:

I. W zakresie kryterium jakości:

1) Personel:

- zadeklarował stałą obecność pielęgniarki, za co otrzymał 6,00 punktów,

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

3) Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co nie otrzymał punktów,

4) Aparatura i sprzęt medyczny:

- zadeklarował system MR 1) min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T; 2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego; 3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań, za co otrzymał 7,00 punktów,
- zadeklarował funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego – fMRI, za co otrzymał 7,00 punktów,

5) Pozostałe warunki:

- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty,

- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że prowadzi 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 3,00 punkty,

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) Sposób wykonywania umowy:

- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 2,00 punkty,

2) Zapewnienie badań i zabiegów:

- zadeklarował realizację umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji, za co otrzymał 12,00 punktów,

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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,

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady – jednak w wyniku dokonanej weryfikacji komisja konkursowa ustaliła, że oferent nie spełnia tego warunku, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium;
- 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, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi żadne z powyższych, za co nie otrzymał punktów,

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

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, 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.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł, za co otrzymał 8,00 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.

Oferent: Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- zadeklarował stałą obecność pielęgniarki, za co otrzymał 6,00 punktów,

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

3) Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co nie otrzymał punktów,

4) Aparatura i sprzęt medyczny:

- zadeklarował system MR 1) min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T;
2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego;
3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań, za co otrzymał 7,00 punktów,
- nie zadeklarował funkcjonalnego obrazowania metodą rezonansu magnetycznego – fMRI, za co nie otrzymał punktów,

5) Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że prowadzi 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) Sposób wykonywania umowy:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego – jednakże w wyniku weryfikacji oferty komisja konkursowa ustaliła, że oferent spełnia to kryterium rankingujące, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów,

2) Zapewnienie badań i zabiegów:

- zadeklarował realizację umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji, za co otrzymał 12,00 punktów,

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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,

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował 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, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi żadne z powyższych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat, za co nie otrzymał punktów,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 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: TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A – dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu, ul. Obornicka 262:

I. W zakresie kryterium jakości:

1) Personel:

- zadeklarował stałą obecność pielęgniarki, za co otrzymał 6,00 punktów,

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

3) Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co nie otrzymał punktów,

4) Aparatura i sprzęt medyczny:

- zadeklarował system MR 1) min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T; 2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego; 3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań, za co otrzymał 7,00 punktów,
- zadeklarował funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego – fMRI, za co otrzymał 7,00 punktów,

5) Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował, że prowadzi 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 – jednak w wyniku dokonanej weryfikacji komisja konkursowa ustaliła, że oferent nie spełnia tego warunku, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) Sposób wykonywania umowy:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego – jednakże w wyniku weryfikacji oferty komisja konkursowa ustaliła, że oferent spełnia to kryterium rankingujące, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów,

2) Zapewnienie badań i zabiegów:

- nie zadeklarował realizacji umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji albo w rodzaju leczenia szpitalne, za co nie otrzymał punktów,

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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,

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2,00 punkty,
- 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, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi żadne z powyższych, za co nie otrzymał punktów,

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

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 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.

Oferent: LUX MED Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakości:

1) Personel:

- zadeklarował stałą obecność pielęgniarki, za co otrzymał 6,00 punktów,

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

3) Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co nie otrzymał punktów,

4) Aparatura i sprzęt medyczny:

- zadeklarował system MR 1) min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T;
2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego;
3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań, za co otrzymał 7,00 punktów,
- zadeklarował funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego – jednakże w wyniku dokonanej weryfikacji oferty komisja konkursowa ustaliła, że oferent nie spełnia tego warunku, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,

5) Pozostałe warunki:

- zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował, że prowadzi 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 3,00 punkty,

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) Sposób wykonywania umowy:

- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co otrzymał 2,00 punkty,

2) Zapewnienie badań i zabiegów:

- nie zadeklarował realizacji umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji albo w rodzaju leczenia szpitalne, za co nie otrzymał punktów,

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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,

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2,00 punkty,
- 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, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi żadne z powyższych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat, za co nie otrzymał punktów,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazuje 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.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent LUX MED Spółka z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 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.

Oferent: TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A – dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Ostrowie Wlkp., ul. Limanowskiego 20-22:

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) Personel:
 - zadeklarował stałą obecność pielęgniarki, za co otrzymał 6,00 punktów,
- 2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:
 - na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

3) Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co nie otrzymał punktów,

4) Aparatura i sprzęt medyczny:

- zadeklarował system MR 1) min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T; 2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego; 3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań, za co otrzymał 7,00 punktów,
- nie zadeklarował funkcjonalnego obrazowania metodą rezonansu magnetycznego – fMRI, za co nie otrzymał punktów,

5) Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował, że prowadzi 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 – jednak w wyniku dokonanej weryfikacji oferty komisja konkursowa ustaliła, że oferent nie spełnia tego warunku, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za to kryterium rankingujące,

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) Sposób wykonywania umowy:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego – jednakże w wyniku weryfikacji oferty komisja konkursowa ustaliła, że oferent spełnia to kryterium rankingujące, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów,

2) Zapewnienie badań i zabiegów:

- nie zadeklarował realizacji umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji albo w rodzaju leczenia szpitalne, za co nie otrzymał punktów,

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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,

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2,00 punkty,
- 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, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi żadne z powyższych, za co nie otrzymał punktów,

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

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazuje 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.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 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.

Oferta Odwołującego, a także oferta podmiotu ARTERIEART Spółka z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-111), ul. Rakoniewicka 23A, jako oferty odrzucone na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, nie podlegały ocenie. Wobec powyższego brak jest podstaw do prezentacji udzielonych w ich treści odpowiedzi na pytania rankingujące, a to z uwagi na fakt, że przedstawiona punktacja miałaby charakter wyłącznie hipotetyczny, wobec braku weryfikacji ze strony komisji konkursowej ww. ofert pod kątem prawdziwości i prawidłowości oświadczeń co do zadeklarowanych kryteriów, podlegających dodatkowemu punktowaniu.

Niniejsze postępowanie ma celu ocenę prawidłowości działania komisji konkursowej w zakresie podjęcia decyzji o odrzuceniu oferty Odwołującego oraz, czy w tym zakresie naruszono jego interes prawny.

Rozstrzygnięcie postępowania nr 15-21-000046/SZP/03/5/03.0000.370.02/01 nastąpiło w dniu 22 września 2021 roku.

W dniu 29 września 2021 roku, drogą pocztową, do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 (data nadania w placówce pocztowej: 28 września 2021

roku), wniesione przez podmiot leczniczy RODAMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Turku (63-700), ul. Korytkowska 2, w którego imieniu działa radca prawny Marcin Józefiak, prowadzący Kancelarię Radcy Prawnego w Poznaniu (60-354), ul. Marcelińska 62A/9, zwanego dalej „Odwołującym”. Do odwołania załączono poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopię pełnomocnictwa. Odwołanie zostało wniesione w terminie, o którym mowa w art. 154 ust. 1 Ustawy i podlegało rozpatrzeniu.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia ww. postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert, Odwołujący zarzucił komisji konkursowej bezprawne odrzucenie jego oferty, bez uwzględnienia wniesionego protestu, a także wybór ofert, które nie spełniały wymogów – tych samych, których wymagano od Odwołującego. Powyższe, w ocenie Odwołującego, powoduje faworyzowanie urzędów znajdujących się w Poznaniu, nie biorąc pod uwagę innych miast z terenu województwa wielkopolskiego. Zdaniem Odwołującego takie działanie powoduje dyskryminację mieszkańców pozostałej części Wielkopolski.

Odwołujący oświadczył, że złożona przez niego oferta spełniała wymagania konkursu. Podkreślił, że zgodnie z załącznikiem nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji”, cz. VIII „Świadczenia rezonansu magnetycznego” do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, do realizacji ww. świadczeń konieczne jest zapewnienie w szczególności lekarza:

- a) specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub
- b) specjalisty w dziedzinie radioogii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz
 - lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, lub
 - lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub rentgenodiagnostyki,

co zgodnie ze złożoną ofertą, Odwołujący spełnił. Wykazał bowiem zatrudnionych dwóch specjalistów – Michała Szynekę oraz Aleksandrę Pakułę. Zdaniem Odwołującego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie wskazano natomiast, że personel lekarski zgłoszony w dostępności pracowni rezonansu magnetycznego, powinien wypełnić cały czas pracy pracowni w sytuacji, kiedy pozostały czas pracy wypełniają elektrokardiolodzy oraz technicy elektrokardiologii.

Odwołujący wskazał przy tym, że złożony w trakcie wyjaśnień dokument potwierdzający zawarcie umowy z podmiotem EuroRadiology Spółka z o.o., służył informacji, że oprócz zatrudnionego

personelu, posiada również zabezpieczenie w postaci przedstawionej umowy. Aneks do umowy przedłużający świadczenie usług w systemie teleradiologii z firmą Telediagnosis Spółka z o.o. zastał zawarty w dniu 21 sierpnia 2020 roku, a zatem przed złożeniem oferty. W tej umowie zabezpieczono już badania z przyszłego rezonansu magnetycznego. Z kolei umowa z podmiotem EuroRadiology Spółka z o.o. z 1 września 2021 roku, jest dodatkowym dla Odwołującego zabezpieczeniem teleradiologii. Do wyjaśnień z 1 września 2021 r. przez pomyłkę dołączył dodatkową umowę z ww. podmiotem, zamiast aneksu do umowy z Telediagnosis Spółka z o.o. Nadmienił przy tym, że pierwotna umowa z Telediagnosis Spółka z o.o. została zawarta od 16 sierpnia 2017 roku.

Wobec powyższego, w ocenie Odwołującego, spełnia on wymogi dotyczące zabezpieczenia realizacji świadczeń rezonansu magnetycznego przez personel lekarski, a przedstawione w toku wyjaśnień dokumenty potwierdzają, że oprócz własnego personelu zabezpieczył ciągłość udzielania świadczeń dodatkową umową z podmiotem trzecim. Jednocześnie podkreślił, że stworzona przez niego pracownia rezonansu magnetycznego jest bardzo oczekiwana przez mieszkańców powiatu tureckiego.

Odwołujący, odnosząc się do zarzutu komisji konkursowej, jakoby złożył oświadczenie, że będzie realizował umowę bez udziału podwykonawców wskazał, że nie był to dokument wymagany w konkursie, a ponadto mógł być zmieniony już na etapie wezwania do złożenia wyjaśnień. Podkreślił przy tym, że składając ofertę uzupełnił kartę z wykazem podwykonawców, a zatem można było uzupełnić braki formalne i nieścisłości poprzez określenie, że takie oświadczenie złożono omyłkowo.

Wobec przedstawionych zarzutów, Odwołujący wniósł o uchylenie rozstrzygnięcia oraz o dokonanie ponownego rozpatrzenia złożonej przez niego oferty.

Do odwołania załączono również:

- 1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię umowy zawartej w dniu 1 września 2021 roku przez Odwołującego oraz EuroRadiology Spółka z o.o. w przedmiocie wykonywania opisów badań radiologicznych MRI, TK i RTG, wykonanych w pracowni Odwołującego; z treści umowy wynika, że została zawarta od 1 września 2021 roku z możliwością jej wypowiedzenia przez każdą ze stron z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia,
- 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię umowy zawartej w dniu 16 sierpnia 2017 roku przez Odwołującego oraz Telediagnosis Spółka z o.o. w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisów badań rentgenowskich i tomografii komputerowej w oparciu o teleradiologię; z treści umowy wynika, że została zawarta od dnia 21 sierpnia 2017 roku na okres 36 miesięcy,

- 3) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię aneksu nr A2/K09 do umowy o świadczenie usług w systemie teleradiologii zawartego w dniu 21 sierpnia 2020 r. przez Odwołującego oraz Telediagnosis Spółka z o.o.; aneks ten dotyczy przedłużenia umowy z dnia 16 sierpnia 2017 r. na czas określony do dnia 21 sierpnia 2023 roku, a także poszerzenia pierwotnie zakontraktowanych usług poprzez wskazanie wykonywania opisów badań rezonansu magnetycznego.

Pismami z dnia 1 października 2021 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działający w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, poinformował strony niniejszego postępowania o wszczęciu postępowania administracyjnego i o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.), zwanej dalej „k.p.a.”, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy.

W dniu 7 października 2021 roku z uprawnienia do wglądu w akta sprawy skorzystał prawidłowo upoważniony przedstawiciel oferenta VOXEL S.A, natomiast w dniu 8 października 2021 roku – pełnomocnik Odwołującego.

Na skutek złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 22 września 2021 roku postępowania numer 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 15 października 2021 roku do dnia 30 września 2023 roku w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa 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 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

Nie uprzedzając szczegółowego odniesienia się do zarzutów Odwołującego, dotyczących przebiegu postępowania konkursowego nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w kontekście analizy, czy doszło do naruszenia jego interesu prawnego, należy przede wszystkim wskazać, że istota sporu skupia się na kwestii oceny prawidłowości postępowania komisji konkursowej, która prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM), odrzuciła ofertę Odwołującego jako niespełniającą warunków wymaganych, o których mowa w przepisach

prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

Wymaga zatem przypomnienia, że w złożonej ofercie Odwołujący zadeklarował dostępność kontraktowanego zakresu w miejscu udzielania świadczeń w wymiarze 80 godzin tygodniowo. Jednocześnie z danych zawartych w formularzu ofertowym, dotyczących deklarowanego personelu lekarskiego wskazał, że świadczenia opieki zdrowotnej będą realizowane przez dwóch lekarzy – Michała Szynekę w wymiarze 1 godziny tygodniowo oraz Aleksandrę Pakułę w wymiarze 39 godzin tygodniowo. Wobec powyższego ze złożonej oferty wynikało, że wskazany przez Odwołującego personel lekarski zapewniłby realizację świadczeń w poradni w połowie czasu jej deklarowanej dostępności (40 godzin tygodniowo). Ponadto w części VIII. formularza ankietowego „Ankiety” w zakresie sposobu realizacji umowy Odwołujący oświadczył, że będzie realizował świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o której mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dodatkowo w części II. formularza ofertowego „Wykaz podwykonawców” wskazał następujące podmioty: Diagnostyka Spółka z o.o. (podwykonawstwo w przedmiocie realizacji badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologii), LUX MED Spółka z o.o. (podwykonawstwo w zakresie wykonywania badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego) oraz Fundacja Złota Godzina w Turku (podwykonawstwo w zakresie realizacji transportu sanitarnego). Wobec faktu, że do oferty nie załączono kopii umów zawartych z ww. podmiotami, w dniu 17 sierpnia 2021 roku komisja konkursowa wezwała Odwołującego do uzupełniania braków formalnych oferty poprzez przesłanie kopii umów zawartych z podwykonawcami wskazanymi w części II. formularza ofertowego. W odpowiedzi na to wezwanie, w dniu 18 sierpnia 2021 r. Odwołujący dostarczył kopie umów zawartych z podmiotem Diagnostyka Spółka z o.o. oraz z Fundacją Złota Godzina. Z uwagi na nieprzekazanie umowy ze spółką LUX MED Spółka z o.o., komisja konkursowa ponownie wezwała Odwołującego do złożenia wyjaśnień w zakresie współpracy z ww. podwykonawcą. W piśmie z dnia 25 sierpnia 2021 roku Odwołujący oświadczył, że importując z profilu świadczeniodawcy do programu NFZ-KO dane potrzebne do przygotowania dokumentacji ofertowej, system zaczytał wszystkich podwykonawców, z którymi Odwołujący posiada zawarte umowy współpracy. Umowa zawarta z LUX MED Spółka z o.o. dotyczy w części zakresu obejmującego postępowanie ofertowe. Jednocześnie Odwołujący oświadczył, że *„Jak zaznaczono w punkcie 1 Kompleksowość, podpunkt 1.1 sposób wykonania umowy, oferent samodzielnie będzie realizował świadczenia zdrowotne będących przedmiotem postępowania bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej*

diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej (...)”. Do przedmiotowych wyjaśnień załączył również kopię umowy zawartej ze spółką LUX MED Spółka z o.o., zawartej w przedmiocie wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki obrazowej w pracowni diagnostycznej rezonansu magnetycznego LUX MED w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie oraz tomografii komputerowej w pracowni diagnostycznej LUX MED w Szpitalu Miejskim im. F. Raszei w Poznaniu.

Analizując złożoną przez Odwołującego ofertę pod względem przedmiotu prowadzonego postępowania konkursowego oraz warunków wymaganych zadeklarowanych w Ankiecie, komisja konkursowa wezwała Odwołującego do złożenia wyjaśnień, m.in. w zakresie dotyczącym harmonogramu czasu pracy lekarzy specjalistów wskazanych w części VI. Szczegóły oferty formularza ofertowego. Wskazano Odwołującemu, że z zadeklarowanego przez niego harmonogramu dostępności pracowni rezonansu magnetycznego wynika, że świadczenia będą realizowane tam w wymiarze 80 godzin tygodniowo, a jednocześnie – w tej samej części formularza ofertowego – wskazał dwóch lekarzy specjalistów, zapewniających łączny czas pracy personelu lekarskiego w wymiarze 40 godzin tygodniowo podczas, gdy czas pracy komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego jest dwukrotnie dłuższy.

W odpowiedzi na wezwanie Odwołujący w piśmie z dnia 1 września 2021 roku wskazał natomiast, że poza zatrudnionymi w podmiocie leczniczym lekarzami specjalistami, posiada również umowę na teleradiologię. Do rzeczzonego pisma załączył kopię umowy Nr 3/2021 zawartą w dniu 1 września 2021 roku z podmiotem EuroRadiology Spółka z o.o. w przedmiocie wykonywania opisów badań radiologicznych MRI, TK i RTG wykonywanych w pracowni Odwołującego. Zgodnie z § 9 ww. umowy, została ona zawarta od dnia 1 września 2021 roku do dnia 31 sierpnia 2023 roku z możliwością jej wypowiedzenia przez każdą ze stron z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

Zawiadomieniem z dnia 9 września 2021 roku komisja konkursowa poinformowała Odwołującego o odrzuceniu jego oferty z powodu, o którym mowa w art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, a zatem w związku z niespełnianiem wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. W uzasadnieniu wskazano, że zapewnienie wskazanego personelu lekarskiego stanowi element konieczny udziału w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a nadto oczywistym jest, że lekarz lub lekarze zadeklarowani do realizacji świadczeń winni udzielać ich zgodnie ze wskazanym w ofercie harmonogramem czasu pracy komórki organizacyjnej, w tym przypadku pracowni rezonansu magnetycznego. Wobec faktu, że zgodnie z harmonogramem czasu pracy pracowni rezonansu magnetycznego Odwołujący deklarował dostępność tego miejsca

udzielania świadczeń w wymiarze 80 godzin tygodniowo, podczas gdy zapewnił jedynie 40 godzin czasu pracy lekarza (lekarzy) w pracowni stwierdzono, że nie zapewnił on pełnego zabezpieczenia realizacji świadczeń rezonansu magnetycznego przez personel lekarski. Nie uwzględniono również umowy zawartej przez Odwołującego z podmiotem EuroRadiology Spółka z o.o., z uwagi na zawarcie jej już po dacie złożenia oferty. Tym samym komisja konkursowa stwierdziła, że na dzień złożenia oferty Odwołujący nie spełniał warunku wymaganego dotyczącego zapewniania realizatora przedmiotowych świadczeń przez cały czas pracy komórki organizacyjnej, w której udzielane będą przedmiotowe usługi.

W dniu 16 września 2021 roku do komisji konkursowej wpłynął protest Odwołującego. W jego treści Odwołujący powołał argument wskazany również w odwołaniu, że w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie wskazano, że personel lekarski zgłoszony w dostępności pracowni rezonansu magnetycznego powinien wypełnić cały czas pracy pracowni. Ponadto wskazał również, że umowa przedłożona do wyjaśnień została załączona omyłkowo, bowiem faktyczną realizację świadczeń w tym zakresie zapewnia aneksowana w sierpniu 2020 r. umowa, zawarta z podmiotem Telediagnosis Spółka z o.o. od 16 sierpnia 2017 r. Odwołujący nie załączył przedmiotowej umowy ani aneksu do złożonego protestu.

W dniu 17 września 2021 r. komisja konkursowa postanowiła oddalić protest, nie uwzględniając argumentów Odwołującego. Wskazano również, że do złożonej oferty nie załączył on powoływanej w treści protestu umowy zawartej z podmiotem Telediagnosis Spółka z o.o., jak również aneksu do niej. Podkreślono przy tym, że Odwołujący złożył do oferty oświadczenie, że umowę będzie realizował bez udziału podwykonawców, a zatem nie jest możliwe przyjęcie, że wskazywaną obecnie umowę posiadał w chwili złożenia oferty. Ponadto wskazano, że przyjęcie na obecnym etapie jakiegokolwiek dodatkowej umowy stanowiłoby istotną zmianę oferty.

Analizując całokształt materiału zgromadzonego w sprawie, a zatem ofertę Odwołującego wraz z następczymi wyjaśnieniami i przedkładanymi dokumentami, jak również dokumenty wytworzone przez komisję konkursową w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego oraz argumentację podniesioną w złożonym odwołaniu, należy rozważyć kilka istotnych aspektów przedmiotowej sprawy.

Przede wszystkim wymaga wskazania, że w art. 31d pkt 2 Ustawy przyznano kompetencję dla określenia przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem warunków realizacji danego świadczenia, w tym również dotyczące zapewnienia personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność

zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

W realiach przedmiotowej sprawy należy zwrócić uwagę na treść części VIII. „Świadczenia rezonansu magnetycznego” załącznika 2. „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wskazano tam zarówno wymagania sprzętowe, jak również warunki w zakresie zapewnienia personelu medycznego realizującego ten zakres świadczeń. I tak, świadczeniodawca przystępujący do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego, realizujący świadczenia gwarantowane, o których mowa w lp. 1-18 części VIII załącznika 2., powinien zapewnić: 1) lekarza: a) specjalistę w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub b) specjalistę w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub rentgenodiagnostyki; 2) osobę, która: a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera, b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog. Z powyższego wynika, że oferent, który bierze udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. zakresie, winien zapewnić w szczególności personel, o którym mowa w pkt 1 i 2. Oczywiście natomiast jest to, że czas pracy personelu zgłoszonego do realizacji umowy powinien być spójny z deklarowanym w ofercie harmonogramem dostępności pracowni rezonansu magnetycznego.

W powyższym wyliczeniu, wbrew temu co twierdzi Odwołujący, brak jest alternatywy pomiędzy personelem lekarskim a osobą wskazaną w pkt 2), czyli elektroradiologiem lub technikiem elektroradiologii. Świadczeniodawca nie jest uprawniony zatem do wyboru, czy jako wymagany personel wskaże samego lekarza, czy też samego elektroradiologa, bowiem realizując świadczenia w pracowni rezonansu magnetycznego, ma obowiązek zapewnić dostępność każdej z tych osób, zgodnie z przyjętym przez siebie harmonogramem dostępności tej pracowni. Tym samym,

elektroradiolog lub technik elektroradiolog nie zastąpi w tym przypadku lekarza, bowiem zakres ich kompetencji jest istotnie odmienny.

Jednocześnie warto wskazać, że zgodnie z § 6 zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.), zwanego dalej „zarządzeniem 182/2019/DSOZ”, świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Konieczność spełniania wymagań, o których wyżej mowa, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa. Co istotne, a o czym stanowi § 9 ust. 1-3 zarządzenia 182/2019/DSOZ, świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w załączniku nr 2 do umowy. Osoby personelu medycznego będące lekarzami, mogą udzielać świadczeń w zakresie badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM), także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, z zachowaniem wymogów określonych w odrębnych przepisach. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem. Powyższe wiedzie zatem do wniosku, że wymogi dotyczące zapewnienia personelu zostały w istotny sposób złagodzone w stosunku do lekarzy, którzy mogą realizować świadczenia ze wskazanych zakresów z wykorzystaniem tzw. teleradiologii. Nadal nie oznacza to jednak, że dostępność personelu lekarskiego może być ograniczona w stosunku do czasu pracy pracowni rezonansu magnetycznego. Nie jest natomiast wykluczone, aby świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy z Funduszem, zabezpieczył dostępność personelu w ww. trybie na zasadach podwykonawstwa, zgodnie z warunkami określonymi w art. 133 Ustawy oraz § 7 zarządzenia 182/2019/DSOZ.

Wypada również podkreślić, że zarówno Minister Zdrowia w wydanym rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i Prezes Funduszu w szczegółowych warunkach umowy w ww. zakresie, nie określił tak minimalnych, jak i maksymalnych norm związanych z godzinową dostępnością pracowni rezonansu magnetycznego. W tym zakresie to oferent decyduje, w jakim wymiarze jest w stanie ją zapewnić, mając na względzie potencjał, którym dysponuje.

Przechodząc natomiast do oferty złożonej przez Odwołującego należy wskazać, że w części VI. „Szczegóły oferty” formularza ofertowego Odwołujący wskazał harmonogram dostępności pracowni rezonansu magnetycznego. Wynika z niego, że świadczenia we wskazanym miejscu udzielania świadczeń realizowałby w wymiarze 80 godzin tygodniowo. W tej samej części formularza

zadeklarował dostępność personelu lekarskiego w zaledwie połowie deklarowanego czasu pracy pracowni rezonansu magnetycznego, bowiem 40 godzin (lekarz Michał Szyńka – 1 godzina tygodniowo oraz lekarz Aleksandra Pakuła – 39 godzin tygodniowo). Dodatkowo Odwołujący oświadczył w części VIII. „Ankiety” formularza ofertowego, że realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy nastąpi bez udziału podwykonawców (z wyłączeniem diagnostyki laboratoryjnej i onkologicznej). W wykazie podwykonawców wskazał laboratorium diagnostyczne, podmiot realizujący na jego rzecz transport sanitarny oraz podmiot leczniczy LUX MED Spółka z o.o., z którym podpisał umowę o podwykonawstwo w zakresie wykonywania badań z zakresu diagnostyki obrazowej (rezonans magnetyczny – w Koninie oraz tomografia komputerowa – w Poznaniu). Wezwany do złożenia wyjaśnień właśnie w zakresie ww. podwykonawcy wskazał, że podczas importu z profilu świadczeniodawcy do programu NFZ-KO danych potrzebnych do przygotowania oferty, systemowo zostali zaczytani wszyscy podwykonawcy, z którymi ma zawarte umowy współpracy. W tym samym piśmie po raz kolejny oświadczył, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem prowadzonego postępowania konkursowego, będzie realizował samodzielnie. Nie sposób zatem uznać aktualnych twierdzeń Odwołującego, który w treści odwołania wskazuje, że składając ofertę uzupełnił kartę z wykazem podwykonawców, a zatem oświadczenie, o którym mowa w części VIII. formularza ofertowego można było uznać za złożone omyłkowo. Należy w tym miejscu wyjaśnić, że składając wyjaśnienia z dnia 25 sierpnia 2021 roku Odwołujący w sposób jednoznaczny powtórzył złożone przez siebie pierwotne oświadczenie, że przyszłą umowę będzie realizował bez udziału podwykonawców. Dodatkowo w wykazie podwykonawców nie wymienił podmiotu, z którym zawarł umowę w zakresie teleradiologii.

Wobec powyższych okoliczności, w ocenie Funduszu, wskazane oświadczenie Odwołującego nie może być potraktowane jako przypadkowe, czy też – co sugeruje Odwołujący – błędne lub omyłkowe. Pierwotnie złożona deklaracja w tym zakresie została przez Odwołującego w sposób jednoznaczny powtórzona w przesłanych wyjaśnieniach z dnia 25 sierpnia 2021 roku. Wobec powyższego jedynym słusznym wnioskiem jest ten, że od momentu złożenia oferty jedyną intencją Odwołującego była samodzielna realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badania rezonansu magnetycznego.

W kontekście powyższego znamienne pozostaje zachowanie Odwołującego w toku prowadzonego postępowania konkursowego. Złożona oferta nie zawierała informacji o zawartych umowach o podwykonawstwo w zakresie teleradiologii. Odwołujący, po otrzymaniu wezwania do uzupełniania braków formalnych oferty w postaci przedłożenia umów z podwykonawcami, nie pytany wówczas o szczegółowy harmonogram czasu pracy zadeklarowanego personelu lekarskiego (co jest elementem oceny merytorycznej oferty poprzez weryfikację spełnienia warunków wymaganych), ponownie

oświadczył, że umowę będzie realizował samodzielnie. Dopiero na etapie pytania postawionego przez komisję konkursową, dotyczącego zapewnienia pełnej dostępności personelu lekarskiego zgodnie z deklarowanym harmonogramem dostępności pracowni rezonansu magnetycznego, w sposób nieoczekiwany zmienił zdanie i przedłożył umowę z podmiotem EuroRadiology Spółka z o.o. dotyczącą wykonywania opisów badań radiologicznych MRI, TK i RTG wykonywanych w pracowni Odwołującego, co istotne – zawartą dopiero 1 września 2021 roku, a zatem już po złożeniu i otwarciu ofert, a także w tym samym dniu, co składane w tej sprawie wyjaśnienia. Po otrzymaniu zawiadomienia o odrzuceniu oferty, w złożonym proteście, Odwołujący przedstawił po raz kolejny odmienne okoliczności, powołując się tym razem na umowę z jeszcze innym podmiotem – Telediagnosis Spółka z o.o., aneksowaną w sierpniu 2020 roku, na realizację usług związanych z wykonywaniem opisów badań radiologicznych, której – co istotne – nie załączył do protestu. Kserokopia powołanej przez Odwołującego umowy i aneksu do niej, została przesłana dopiero wraz z odwołaniem od rozstrzygnięcia komisji konkursowej.

W obliczu przywołanych faktów należało stwierdzić, że nie są wiarygodne argumenty Odwołującego, związane z przypadkowym pominięciem przez niego w złożonej ofercie oraz na etapie pierwotnych wyjaśnień ww. podmiotu, jak również omyłkowego niezłączenia zawartej z nim umowy oraz aneksu do niej do wyjaśnień z 1 września 2021 roku. Jednocześnie sprzeczne z powyższym jest twierdzenie Odwołującego, w którym wskazuje, że rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie precyzuje, że personel lekarski zgłoszony do realizacji świadczeń w pracowni rezonansu magnetycznego, powinien wypełnić cały czas pracy tej pracowni. Skoro zatem zdaniem Odwołującego nie ma znaczenia, w jakim wymiarze dostępności pracowni świadczenia będzie realizował personel lekarski, jeżeli w pozostałym czasie obecny tam będzie elektroradiolog, to z jakiego względu aktualnie twierdzi, że pozostały czas pracy lekarza w poradni uzupełniłby podwykonawstwem w zakresie teleradiologii. W tym kontekście przywołana przez Odwołującego argumentacja nie jest spójna. W ocenie Funduszu oczywista niekonsekwencja Odwołującego w tym względzie, powodowana jest przede wszystkim nierzetelnym przygotowaniem oferty i naruszeniem wymogów staranności w tym zakresie.

Najistotniejszym w powyższym zakresie jest podkreślenie, że zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Ponadto, analiza art. 142 ust. 1-3 w zw. z art. 5 i art. 148 Ustawy wiedzie również do wniosku, że oferta składana przez świadczeniodawcę jest wiążąca od momentu jej złożenia i nie może podlegać na kolejnych etapach postępowania konkursowego – a zatem po terminie składania ofert – jakimkolwiek zmianom, uzupełnieniom, czy innym modyfikacjom, w tym w szczególności w odniesieniu do spełnienia warunków wymaganych, określonych w przepisach

prawa lub szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu. Zastrzeżenie dotyczące braku możliwości uzupełnienia oferty po upływie terminu do jej złożenia, zawiera również § 18 ust. 1 i 4 zarządzenia 182/2019/DSOZ. Zgodnie z przywołanymi regulacjami, oferent może uzupełnić złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że Fundusz otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem terminu składania ofert, natomiast po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

Skoro zatem z treści oferty Odwołującego nie wynikało, że zapewnia dostępność personelu lekarskiego w pełnym wymiarze dostępności pracowni rezonansu magnetycznego, czy to w miejscu udzielania świadczeń, czy też – zgodnie z § 9 ust. 2 zarządzenia 182/2019/DSOZ – także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, to oczywistym jest, że nie został spełniony warunek wymagany, określony w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Spełnienie warunków wymaganych musi wynikać bezpośrednio z oferty złożonej przez świadczeniodawcę. Po upływie terminu składania ofert świadczeniodawca nie może zmienić, skorygować czy uzupełnić złożonej pierwotnie oferty o te elementy, które zapewnią mu dalsze uczestnictwo w postępowaniu. Nawet gdyby przyjąć, że komisja konkursowa mogłaby w tym przypadku dokonać zmiany odpowiedzi udzielonej przez Odwołującego w części VIII. formularza ofertowego, dotyczącej deklaracji samodzielnej realizacji przez niego przyszłej umowy z „tak” na „nie”, to uzasadnienie tej zmiany musiałoby wynikać z pozostałej treści złożonej oferty, np. treść tego oświadczenia nie korespondowałaby z wykazem podwykonawców lub załączonymi do oferty dokumentami, np. umowami współpracy z podmiotami trzecimi. Natomiast Odwołujący nie zawarł w ofercie żadnych informacji dotyczących realizacji świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania przy udziale podwykonawców, jak również jednoznacznie oświadczył, że umowę będzie wykonywał samodzielnie. Co w niniejszej sprawie istotne, ponowił to złożone pierwotnie oświadczenie również w piśmie z dnia 25 sierpnia 2021 roku, co w sposób oczywisty świadczy o tym, że jego intencją było realizowanie umowy bez udziału podwykonawców. Tylko wobec zdania sobie sprawy co do możliwych niekorzystnych dla niego wyników wstępnej oceny oferty, pod kątem spełnienia warunków wymaganych dotyczących zapewnienia personelu lekarskiego w pełnym czasie pracy komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego, rozpoczął przedkładanie zupełnie innych dokumentów i przedstawianie odmiennej argumentacji, co w sposób jednoznaczny świadczyło o próbie nieuprawnionej zmiany oferty.

Po dokonaniu analizy treści oferty Odwołującego, załączonych do niej dokumentów, a także późniejszych czynności komisji konkursowej Fundusz stwierdza, iż oferta Odwołującego podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, a zatem postępowanie komisji konkursowej

w tym zakresie było zasadne i prawidłowe. Komisja konkursowa jest uprawniona do podejmowania jedynie takich działań, które wynikają wprost z przepisów obowiązującego prawa. Rolą komisji konkursowej prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest rozpatrzenie złożonych ofert, a następnie rozstrzygnięcie postępowania konkursowego, poprzez wybór najkorzystniejszej oferty lub ofert. Konsekwencją powyższego jest to, że komisja konkursowa może przyjąć lub nie przyjąć złożonej oferty albo ją odrzucić.

Regulacja zawarta w art. 149 ust. 1 Ustawy zawiera enumeratywne wyliczenie przyczyn, których zaistnienie bezwzględnie zobowiązuje komisję konkursową do odrzucenia oferty. Analizując przedmiotowy katalog uzasadnione jest twierdzenie, że przyczyny te mają charakter tego rodzaju wymogów, które musi spełniać oferta – niezależnie od aspektów formalnych, również wymogów merytorycznych, wynikających m.in. z obowiązku spełnienia 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 (art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy), a zatem takich, które mają charakter wymagań koniecznych. Brak ich spełnienia jest natomiast brakiem nieusuwalnym, uniemożliwiającym dopuszczenie oferty do konkursu ze skutkiem jej odrzucenia.

Wobec powyższego w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może brać udziału oferta, niespełniająca chociażby jednego z warunków określonych prawem lub określonych przez Prezesa Funduszu.

Analiza całokształtu materiału dowodowego w niniejszej sprawie prowadzi do jednoznacznego wniosku, że Odwołujący – deklarując dostępność personelu lekarskiego w wymiarze zaledwie 40 godzin tygodniowo, wobec deklarowanej 80-godzinnej dostępności pracowni rezonansu magnetycznego, nie spełniał warunku wymaganego, o którym mowa w części VIII. załącznika 2. do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Konwalidacja tego braku nie mogła natomiast nastąpić na podstawie przedłożonej przez Odwołującego umowy zawartej z podmiotem EuroRadiology Spółka z o.o., bowiem umowa ta została zawarta dopiero od 1 września 2021 r., a zatem już po terminie składania ofert oraz po ich otwarciu. Z kolei umowa zawarta z Telediagnosis Spółka z o.o. w dniu 16 sierpnia 2017 r. na okres 36 miesięcy od dnia 20 sierpnia 2017 r., następnie aneksowana w dniu 20 sierpnia 2020 r. na dalszy okres (do 21 sierpnia 2023 roku) nie mogła zostać uwzględniona z uwagi na to, że Odwołujący nie załączył jej do oferty. Co istotne, nie załączył jej również do złożonego protestu, choć powoływał się na nią. Treść tej umowy Fundusz poznał dopiero na etapie rozpatrywania odwołania. Okoliczności te, zwłaszcza wobec faktu złożenia oświadczenia o samodzielnej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem prowadzonego postępowania, powtórnego następnie w piśmie z dnia 25 sierpnia 2021 roku, nie mogą stanowić podstawy do przyjęcia, że taką umowę Odwołujący

posiadał w chwili złożenia oferty. Przyjęcie zaś dodatkowej umowy na etapie weryfikacji oferty, stanowiłoby istotną jej zmianę.

Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że nie jest kompetencją Funduszu badanie rzeczywistej daty zawarcia umowy z podmiotem Telediagnosis Spółka z o.o. oraz aneksu do niej, bowiem dla stanu sprawy pozostaje to bez znaczenia. Skoro oferta po upływie terminu do jej złożenia nie może podlegać żadnym zmianom, to przyjęcie za prawidłowe takiego działania, niweczyłoby cel całego postępowania konkursowego, który polega na stworzeniu możliwości weryfikacji złożonej oferty na odpowiednim etapie. Już bowiem w momencie jej składania Odwołujący był zobligowany do wykazania, że w jego przypadku nie zachodziła żadna z przesłanek, o których mowa w art. 149 ust. 1 Ustawy, powodująca konieczność odrzucenia oferty (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 8 grudnia 2020 r. sygn. akt II GSK 1066/20). Odmienne postępowanie w tym zakresie prowadziłoby do ponoszenia przez Fundusz pełnego ryzyka nienależytego zabezpieczenia realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Nadto nie można by wykluczyć, że mogłoby stanowić to zachętę dla innych oferentów do celowego składania ofert nierzetelnych. W tym miejscu należy wyraźnie podkreślić, że dokumentowanie faktu spełniania warunków wymaganych nie może następować po złożeniu oferty i po upływie terminu do jej złożenia.

Analiza całości sprawy świadczy zatem jedynie o tym, że Odwołujący przygotował ofertę bez wymaganej w tym celu staranności. Błędnie bowiem założył, że nie musi zapewniać pełnej dostępności personelu lekarskiego względem dostępności pracowni rezonansu magnetycznego, zaś przed złożeniem oferty nie upewnił się co do tej okoliczności, co skutkowało złożeniem oferty, z której nie wynikało, że spełnia warunek wymagany w tym zakresie.

Błędne jest także przeświadczenie Odwołującego, że każdy z pozostałych oferentów nie spełniał tego warunku. Otóż, po szczegółowej analizie ofert poddanych ocenie stwierdzono w sposób jednoznaczny, że każdy z oferentów zapewnił wymagany personel lekarski w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni rezonansu magnetycznego. I tak, oferent Centrum Medyczne HCP Spółka z o.o. zadeklarował czas pracy pracowni w wymiarze 41 godzin oraz 45 godzin czas pracy personelu lekarskiego, oferent VOXEL S.A – 42 godziny dostępności pracowni przy tożsamym czasie pracy personelu lekarskiego, oferent SPZOZ w Kościanie – 50 godzin dostępności poradni przy 60 godzinach dostępności personelu lekarskiego, oferent LUX MED Spółka z o.o. – 70 godzin czasu pracy pracowni przy deklarowanych 124 godzinach pracy personelu lekarskiego, oferent ZZOZ Ostrów Wielkopolski – 42 godziny dostępności pracowni, przy tożsamym czasie pracy personelu lekarskiego, oferent TOMMA DIAGNOSTYKA OBRAZOWA S.A – 40 godzin dostępności poradni przy tożsamym czasie pracy personelu lekarskiego w obu miejscach udzielania świadczeń (godziny podano w ujęciu tygodniowym). Wydaje się zatem, że każdy z ww. oferentów właściwie

zinterpretował warunek dotyczący zapewnienia personelu lekarskiego. Nie może być to zatem przypadkowe. Jedynie Odwołujący prezentuje w tym względzie odmienne stanowisko. W ocenie Funduszu jest to jednak efekt nierzetelnego przygotowania oferty, za co wyłącznie Odwołujący ponosi odpowiedzialność. Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że wszystkie konsekwencje złożenia oferty o określonej treści, w tym również ryzyko jej nieprzyjęcia lub odrzucenia w sytuacji, gdy nie spełnia warunków określonych w przepisach prawa lub szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa NFZ lub zawiera informacje nieprawdziwe, przedstawiające stan rzeczy w sposób obiektywnie niezgodny ze stanem faktycznym, ponosi wyłącznie oferent.

Warto również w tym miejscu podkreślić, że w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, udział biorą podmioty lecznicze będące profesjonalistami. Takim podmiotem jest również Odwołujący, od wielu lat udzielający świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z publicznym płatnikiem umowy w innych zakresach. Zawarcie umowy z profesjonalistą stawia przed nim wyzwanie dołożenia staranności wyższej, analizowanej w oparciu o zawodowy charakter wykonywanej działalności. Tym samym, to ten podmiot przejmuje na siebie całość ryzyka związanego z brakiem rzetelności w przygotowaniu własnej oferty.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego dotyczącego faworyzowania przez Fundusz podmiotów ze stolicy Wielkopolski do zawarcia z nimi umowy i pomijanie oferentów spoza tego terenu, a jednocześnie nieuwzględnianie potrzeb społeczności z innych powiatów (w przypadku Odwołującego z terenu powiatu tureckiego), należy wskazać, że zarzut ten jest przede wszystkim nieuprawniony. Na marginesie wypada również zauważyć, że może świadczyć *de facto* o nieznanomości reguł, na jakich opiera się prowadzone przez komisję konkursową postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W kontekście powyższego zarzutu należy przede wszystkim wskazać, że art. 134 Ustawy stanowi, iż Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania

w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 był to załącznik nr 2 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”, a konkretnie Tabela nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) – część wspólna oraz Tabela nr 3 „Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK)” pkt 4 „4. Przedmiot postępowania: Badania rezonansu magnetycznego (RM)”. Komisja konkursowa dokonała oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosił odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości.

Zasada uczciwej konkurencji jest realizowana przez Fundusz poprzez przyjęcie, iż w postępowaniu dotyczącym podziału ograniczonych środków finansowych, bierze udział nieograniczona ilość oferentów (vide orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 26 kwietnia 2017 r., sygn. akt II SA/Ol 214/17). Ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i brak jest tam kategorii związanej np. z miejscowością na terenie województwa, gdzie zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń. Należy zgodzić się zatem, iż taki sposób postępowania przez komisję konkursową eliminuje element subiektywny, jakim byłoby stosowanie wobec niektórych oferentów dodatkowych kryteriów oceny. Fundusz nie może zgodzić się z Odwołującym, że w toku postępowania faworyzowano podmioty zlokalizowane w Poznaniu. Każdy z oferentów podlegał ocenie względem takich samych kryteriów, określonych w sposób zobiektywizowany w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz ma obowiązek stosowania podczas oceny tych samych warunków w stosunku do wszystkich oferentów biorących w nim udział. Lokalizacja pracowni rezonansu magnetycznego w niniejszym postępowaniu, nie

znalazła odzwierciedlenia w kryteriach rankingujących, ustalonych przez Ministra Zdrowia, a tym samym – pozostała bez wpływu na wynik rozstrzygnięcia. Oczywistym jest natomiast, że musiało być to miejsce udzielania świadczeń zgodne z określonym w ogłoszeniu o postępowaniu obszarze terytorialnym. W tej kwestii wypowiedział się również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, który w uzasadnieniu do wyroku z dnia 27 lutego 2012 r. VI SA/Wa 1854/11 wskazał, iż: „Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”

W tym miejscu warto również podkreślić, że zgodnie z przepisem art. 146 ust. 2 Ustawy, Prezes Funduszu określa szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. I tak, zgodnie z treścią § 4 ust. 1 zarządzenia 182/2019/DSOZ postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym: województwa, więcej niż jednego powiatu, powiatu, więcej niż jednej gminy, gminy, więcej niż jednej dzielnicy, dzielnicy. W oparciu o przedstawione wyżej przepisy, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ określił w ogłoszeniu z dnia 16 lipca 2021 roku o postępowaniu nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 obszar terytorialny postępowania jako województwo wielkopolskie. Uzasadnionym jest zatem stanowisko, iż to w gestii Funduszu pozostawiona została kwestia określenia obszaru, na jaki zostanie ogłoszone postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM).

Wypada w tym miejscu wskazać, że na wskazanym obszarze terytorialnym prawo do udziału w postępowaniu konkursowym miał każdy podmiot, który spełniał warunki wymagane dla tego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, jak również jego oferta została oceniona w sposób pozytywny z uwagi na spełnienie kryteriów niecenowych, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Odmienne podejście do ww. zagadnienia, w szczególności w sposób sugerowany przez Odwołującego, w sposób oczywisty przeczyłoby zasadzie równości uprawnionych świadczeniodawców, wyrażonej w art. 134 Ustawy.

Mając na względzie powyższe należy wyraźnie podkreślić, że dla wyboru do zawarcia umowy oferentów wskazanych w rozstrzygnięciu postępowania nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 nie miało znaczenia to, że miejsca udzielania świadczeń

zgłoszone w ofertach podmiotu Centrum Medyczne HCP Spółka z o.o. oraz VOXEL S.A., zlokalizowane są w Poznaniu. Oferenci ci uzyskali najwyższą liczbę punktów oceny oferty, dokonywanej na podstawie jednakowych i obiektywnych kryteriów w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości udzielania świadczeń, z uwzględnieniem kryterium ceny. Odwołujący zaś, aktualnie powołujący się na społeczne oczekiwania dotyczące utworzenia pracowni rezonansu magnetycznego w ramach umowy z Funduszem na terenie powiatu tureckiego, miał okazję do przygotowania rzetelnej oferty, i być może mógłby konkurować z pozostałymi oferentami o uzyskanie kontraktu z Funduszem. Wyłącznie jego odpowiedzialnością jest to, że nie zadbał o przygotowanie oferty odzwierciedlającej spełnianie przez niego warunków wymaganych, co jest elementem niezbędnym, aby w ogóle ubiegać się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przerzucanie odpowiedzialności za to niepowodzenie na Fundusz i czynienie zarzutu co do rzekomego faworyzowania niektórych podmiotów leczniczych, jest działaniem wysoce niestosowanym i bezpodstawnym.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż organ rozpoznający odwołanie bada naruszenie interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowej, podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania oraz, czy wskutek tego działania, został naruszony interes prawny Odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania zasadnicze jest, aby obie te przesłanki zaistniały łącznie.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 o zawarcie umów na okres od dnia 15 października 2021 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze województwa wielkopolskiego. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-21-000060/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Ponadto ustalono, że oferta złożona przez Odwołującego zasadnie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki

specjalsitycznej. 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 wniesionego odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dyrektor
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Agnieszka Pachciarz

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.) decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna.

Od decyzji przysługuje stronie na podstawie art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 roku – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2019 r., poz. 2325 z późn. zm.) prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu, zgodnie z § 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 roku w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r., poz. 1999). Skargę wnosi się w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, upoważnionego do załatwiania spraw w imieniu Prezesa 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 bezpośrednio do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu.

Opracowała Marta Węckowska

Wykonano w 5 egz.:

1. r. pr. Marcin Józefiak Kancelaria Radcy Prawnego Marcin Józefiak, ul. Marcelesińska 62A/9, 60-354 Poznań - reprezentujący RODAMED Spółka z o.o., ul. Korytkowska 2, 63-700 Turek,
2. Centrum Medyczne HCP Spółka z o.o., ul. 28 Czerwca 1956 r. 194, 61-485 Poznań,
3. VOXEL S.A., ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków-Podgórze,
4. a/a,
5. a/a.