

Katowice, dnia 7 grudnia 2015 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Znak sprawy: WOKS-I.422.5.2015

Znak pisma: WOKS-I.W.292.HK.2015

DECYZJA Nr 12-3377/OD-11/WOKS/2015

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm. w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia odwołania w związku z art. 5 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2013 r., poz. 1290), zwanej dalej ustawą oraz art. 104 i 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez: Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o. o. prowadzącą NZOZ Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej, ul. Wincentego Lipa 2, zwana dalej Odwołującym, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: 12-12-000771/LSZ/03/1/1, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka - hospitalizacja B04, B05, B06,

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ orzeka:
oddalić odwołanie,

UZASADNIENIE

W dniu 22.12.2011 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014 w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: okulistyka - hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, kod postępowania: 12-12-000771/LSZ/03/1/1. Oferty w postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 05.01.2012 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. Ogółem złożono 15 ofert. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia

nie większą niż 63 081 512,00 zł, a wartość rozstrzygnięcia wyniosła 63 079 242,00 zł. Odwołujący złożył ofertę nr 12-12-000771/LSZ/03/1/1/8/0403 w terminie.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, jak również warunków wymaganych dla realizacji świadczeń objętych postępowaniem, wynikających z obowiązujących przepisów. Po rozpatrzeniu ofert w części jawnej Komisja Konkursowa uznała, że oferta Odwołującego spełnia wszystkie warunki wymagane i nie podlega odrzuceniu. Oferta została zakwalifikowana do części niejawnej. W części niejawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego nie została wybrana. Ranking końcowy obejmował 15 miejsc realizacji świadczeń, zaś oferta Odwołującego znalazła się w nim na przedostatniej, 14 pozycji. Wskazana w ogłoszeniu wysokość środków finansowych pozwoliła na wybór ofert od pozycji 1 do 11 w rankingu końcowym. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie w dniu 24.01.2012 r.

Oferent złożył w terminie odwołanie, zgłaszając zastrzeżenia dotyczące nierównego traktowania świadczeniodawców wynikające z faktu, iż jego oferta w postępowaniu konkursowym nie została wybrana, natomiast wybrano oferty innych podmiotów, które jego zdaniem nie spełniają obowiązku posiadania umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonego w art. 17 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm., w brzmieniu obowiązującym w terminie składania ofert). W odwołaniu Odwołujący podniósł, że posiada takie ubezpieczenie od dnia 01.01.2012 r., podczas gdy np. podmioty składające oferty wskazane pod pozycjami 1-3 i 6-9 w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania takiego ubezpieczenia nie posiadają, a tym samym nie spełniają obowiązku nałożonego przepisami powszechnie obowiązującymi i nie mogą świadczyć usług zdrowotnych. Z tego względu w opinii Odwołującego rozstrzygnięcie konkursu zostało dokonane z naruszeniem art. 134.

W dniu 29 lutego 2012 r. Dyrektor Śląskiego OW NFZ wydał decyzję administracyjną nr 81/2012, oddalającą odwołanie. W uzasadnieniu do decyzji organ I instancji stwierdził m.in., że ogłoszenie o konkursie ofert zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, a ich treść była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ, jak i Śląskiego OW NFZ. Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe zarządzenie zostało wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy. Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy, z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7, Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z oferentami, których oferty zostały dopuszczone do części niejawnej postępowania, w trakcie których ustalono stanowiska w zakresie ceny i liczby oferowanych świadczeń. Komisja Konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich nieodrzuconych ofert – oferta Odwołującego uplasowała się w rankingu końcowym na 14 pozycji z łączną liczbą punktów 37,000 (w tym za: cenę: 10 pkt, ciągłość: 5 pkt, kompleksowość: 4,5 pkt, jakość: 12,5 pkt, dostępność: 5 pkt). W wyniku przeprowadzonego postępowania oferta nie została wyłoniona do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej ze Śląskim OW NFZ. Oferta znalazła się pod tzw. linią odcięcia z uwagi na uzyskaną liczbę punktów oceny. Komisja Konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej wartości postępowania.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego, organ I instancji wskazał w uzasadnieniu do wydanej decyzji że zgodnie z treścią § 13 ust.1 Zarządzenia Nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.), oferta w formie pisemnej zawiera kopię polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy. Oferent może również złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. Tym samym, na etapie prowadzonego postępowania konkursowego, Komisja Konkursowa nie miała podstaw do żądania przedłożenia przez oferentów dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia z innego niż wskazany powyżej tytułu ani też uprawnień do weryfikowania takich dokumentów. Z tego względu zdaniem Dyrektora Śląskiego OW NFZ brak było podstaw do stwierdzenia, że działanie Komisji Konkursowej mające oparcie w wyżej wskazanej regulacji naruszało zasadę równego traktowania określoną w art. 134 ustawy.

Wydając przedmiotową decyzję, organ I instancji stwierdził, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron. Postępowanie Komisji Konkursowej było zgodne z przepisami ustawy oraz Regulaminem pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przyjętym Uchwałą nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r. Dyrektor Śląskiego OW NFZ stwierdził także, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania dokonując sprawdzenia złożonych ofert, w tym oferty Odwołującego. Działanie Komisji w tym zakresie było prawidłowe i oparte na obowiązujących przepisach prawa. Organ I instancji uznał zatem, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co mogłoby spowodować uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego. Wobec powyższego, przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy odwołanie zostało oddalone, a decyzji administracyjnej nadano rygor natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego.

W dniu 6 marca 2012 r. Odwołujący wniósł do Prezesa NFZ odwołanie od decyzji administracyjnej nr 81/2012 Dyrektora Śląskiego OW NFZ, wnosząc o uchylenie decyzji, uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie ponownego postępowania w sprawie zawarcia umowy w przedmiotowym zakresie świadczeń. W odwołaniu od decyzji Odwołujący powielił zarzuty podniesione w odwołaniu od rozstrzygnięcia postępowania, a także podniósł nowe okoliczności w związku z nie wskazaniem w treści ogłoszenia Nr 12-12-000771/LSZ/03/1/1 Zarządzenia Prezesa Nr 77/2011/DSOZ z dnia 26 października 2011 roku, przez co w jego opinii zasady prowadzenia postępowania nie były znane oferentom. Odwołujący podniósł kwestię „warunków dodatkowo ocenianych”, które jego zdaniem naruszają przepis art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy. Skarżący zarzucił nadto, iż jego odwołanie zostało rozpatrzone w terminie znacznie przekraczającym okres wskazany w ustawie, tj. po 22 dniach od ustawowego terminu. Wskazał również na fakt, iż umowy z podmiotami wyłonionymi w toku postępowania zostały zawarte przed rozstrzygnięciem odwołań złożonych do Śląskiego OW NFZ, co w jego ocenie stoi w sprzeczności z treścią art. 154 ustawy. W ocenie Odwołującego przeprowadzenie postępowania przez Śląski OW NFZ pozwala na wniosek, że jednostka zarządzająca środkami publicznymi dopuściła się naruszenia zasady gospodarności i celowości wynikającej z art. 44 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

W dniu 19 września 2012 r. Prezes NFZ wydał decyzję administracyjną nr 683/2012/DSOZ, utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję Dyrektora Śląskiego OW NFZ. W uzasadnieniu do decyzji organ II instancji stwierdził, że Komisja Konkursowa „postępowała zgodnie z przepisami ustawy, [...] właściwych zarządzeń Prezesa NFZ oraz wytycznymi zawartymi w Uchwale Nr 36/2005/I Rady NFZ z dnia 4 października 2005 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Jak wskazano dalej w uzasadnieniu do decyzji, „Fundusz zapewnił równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy, wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem udostępnione zostały oferentom na takich samych zasadach. Przystępując do postępowania, Odwołujący miał możliwość zapoznania się z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców i kryteriami oceny ofert, które były jednakowe dla wszystkich podmiotów biorących udział w postępowaniu, jawne oraz nie podlegały zmianie w toku postępowania”.

W odniesieniu do zarzutów podniesionych przez Odwołującego, organ II instancji stwierdził m.in.:

- w ogłoszeniu nr 2-12-000771/LSZ/03/1/1 dotyczącym postępowania konkursowego wskazano m.in. Zarządzenie Prezesa Nr 77/2011/DSOZ z dnia 26 października 2011 roku zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- kryteria oceny ofert i zasady przeprowadzenia konkursu ofert zostały przedstawione oferentom w ogłoszeniu o zamówieniu. Ogłoszenie zawierało kompletne informacje o aktach prawnych i przepisach, w oparciu o które przeprowadzony był konkurs ofert, a także ocena i wybór ofert. Do obowiązków Odwołującego należało zapoznanie się ze wskazanymi przepisami. Kryteria oceny ofert i zasady przeprowadzenia konkursu były zatem jawne i znane uczestnikom postępowania przed złożeniem ofert. Uwagi dotyczące warunków wymaganych od świadczeniodawców mogą być zgłaszane na etapie konsultacji projektu takich warunków, natomiast ustalone przez Prezesa NFZ są wiążące w danym postępowaniu (por. wyrok WSA w Warszawie z dnia 23 stycznia 2007 r., sygn. akt VII SA/Wa 950/06),
- na podstawie art. 36 Kodeksu postępowania administracyjnego Odwołujący został poinformowany o przedłużeniu terminu wydania decyzji administracyjnej przez organ I instancji do dnia 1 marca 2012 r., a decyzja została wydana z dniem 29 lutego 2012 r.,
- zarzut naruszenia art. 44 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych uznano za bezzasadny z uwagi na fakt, że Śląski OW NFZ działał zgodnie z zatwierdzonym planem finansowym na 2012 rok, nie przekraczając kwot zaplanowanych w tym planie.

Odwołujący złożył do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie skargę na powyższą decyzję Prezesa NFZ, zarzucając jej:

1. naruszenie art. 6, art. 7, art. 8, art. 9, art. 10 § 1, art. 15, art. 73 w związku z art. 74, art. 77 § 1 i 4 oraz art. 107 § 1 i 3 k.p.a. poprzez niewłaściwe ich zastosowanie i prowadzenie postępowania w przedmiotowej sprawie w sposób niezgodny z wymaganiami określonymi w ww. przepisach oraz naruszenie obowiązku przestrzegania prawa i wykazywania inicjatywy dowodowej, a w szczególności uniemożliwienie zapoznania się z pełnymi aktami sprawy tj. uzasadnieniem punktacji otrzymanej przez Odwołującego, jego oferty oraz innych oferentów,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego tj.: art. 140 ust. 2 pkt 1; art. 142 ust. 5; art. 148 pkt 1 i pkt 2 ustawy, a także art. 134 ust. 1 ustawy w związku z art. 32 Konstytucji RP poprzez ich niewłaściwe zastosowanie,
3. naruszenie art. 154 ust. 2 ustawy poprzez zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przed rozstrzygnięciem odwołania skarżącej,
4. naruszenie art. 154 ustawy poprzez rozpatrzenie odwołań skarżącej z przekroczeniem terminów ustawowych,
5. naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 2 i 7 ustawy poprzez zawarcie umów z podmiotami, których oferty winny być odrzucone.

W dniu 27 marca 2014 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wydał wyrok w sprawie (sygn. akt VI SA/Wa 2527/12), uchylający zaskarżoną decyzję Prezesa NFZ i stwierdzający, że uchylona decyzja nie podlega wykonaniu. W uzasadnieniu do wyroku, Sąd stwierdził m.in., że Odwołujący zarzucił organowi, iż nie umożliwił mu zapoznania się z pełnymi aktami sprawy tj. uzasadnieniem punktacji otrzymanej przez Odwołującego oraz jego oferty, a także innych oferentów. Według strony skarżącej, w gronie świadczeniodawców, których ofert nie odrzucono, znajdowały się podmioty niespełniające wymogu nałożonego art. 17 ustawy o działalności leczniczej w zakresie posiadania ubezpieczenia zawieranego na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych (poz. 1-3 i 6- 9 ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu), a tym samym osoby reprezentujące te podmioty złożyły fałszywe oświadczenia i nie wypełniły obowiązków nałożonych przepisami powszechnie obowiązującymi.

Sąd stwierdził, że o ile postanowienia zarządzeń Prezesa NFZ wiążą oferentów i nie mogą być przedmiotem zaskarżenia, o tyle podmiotowi, który nie został wybrany w konkursie i w odwołaniu podniósł zarzut nierównego traktowania, a także zażądał udostępnienia ofert enumeratywnie wymienionych konkurentów, którzy wygrali konkurs w celu wykazania, że ich oferty nie spełniały konkretnych wymagań zawartych w zarządzeniu (w tym przypadku nr 46/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 września 2011 r.), co miało świadczyć o naruszeniu zasady z art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – organ winien udostępnić temu podmiotowi wzmiankowane dokumenty dotyczące innych świadczeniodawców. W wyroku z dnia 11 lipca 2012 r. w sprawie II GSK 121/11 Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, że akta sprawy administracyjnej to dokumenty zgromadzone i wytworzone w danej, konkretnej sprawie administracyjnej. Stąd wniosek, że akta postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie są, nie stają się automatycznie z chwilą wniesienia odwołania aktami sprawy administracyjnej. Mogą, a nawet powinny być przez organ do postępowania administracyjnego włączone, stosownie do potrzeb tego postępowania. Jeżeli zatem np. organ ma za zadanie skontrolować zgodność rozstrzygnięcia z punktu widzenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, to musi nie tylko porównać oceny ofert poszczególnych świadczeniodawców, ale również skonfrontować te oceny z samymi ofertami. W takim przypadku zarówno oceny poszczególnych ofert, jak i oferty powinny być włączone do akt kontrolnego postępowania administracyjnego.

Przenosząc powyższe na grunt rozpatrywanej sprawy Sąd stwierdził, że skoro Odwołujący zarzucił, „iż podmioty wymienione w pozycjach 1-3 i 6-9 ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu złożyły fałszywe oświadczenia i nie wypełniły obowiązków nałożonych przepisami powszechnie obowiązującymi a mianowicie nie dysponują obowiązkowymi polisami OC, na rzecz pacjenta z tytułu zdarzeń medycznych, które są od 1 stycznia 2012 r. bezwzględnie wymagane, organ winien udostępnić skarżącej do wglądu oferty tych podmiotów a także

swoje stanowisko w tej kwestii zawrzeć w uzasadnieniu decyzji. Tymczasem organ poprzestał wyłącznie na stwierdzeniu, że § 13 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 16 września 2011 r. nr 46/2011/DSOZ pozwalał na to aby oferent złożył umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy.” Zdaniem Sądu nie jest to wystarczające dla uznania za prawidłowe stanowisko organu. Należy bowiem zauważyć, że nie wykazano w zaskarżonej decyzji czy każdy z podmiotów wskazywanych przez skarżącą w odwołaniu miał stosowną polisę OC albo złożył umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. Nieudostępnienie przedmiotowych akt sprawy skarżącej spółce celem zweryfikowania powyższych twierdzeń organu a także niezamieszczenie w uzasadnieniu decyzji stosownych rozważań na ten temat nakazuje uznać Sądowi, że na gruncie niniejszej sprawy Prezes NFZ z naruszeniem art. 77 § 1 k.p.a. nie rozważył należycie i wszechstronnie całokształtu zebranego materiału dowodowego i z naruszeniem art. 80 k.p.a. ustalił, że nie zachodziły podstawy do wyboru oferty strony Odwołującego.

Powyższy wyrok uprawomocnił się w dniu 19 listopada 2014 r. i został przekazany Prezesowi pismem WSA w Warszawie z dnia 28.04.2015 r. (data doręczenia – 30.04.2015 r.). Po rozpatrzeniu odwołania od decyzji Nr 81/2012 Dyrektora Śląskiego OW NFZ z dnia 29 lutego 2012 r oraz uwzględniając wytyczne znajdujące się w treści wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 27 marca 2013 r, Prezes Funduszu wydał Decyzję Nr 2015/081/DSOZ z dnia 22 czerwca 2015 r., uchylając zaskarżoną decyzję w całości i przekazując sprawę do ponownego rozpatrzenia organowi I instancji.

W uzasadnieniu do decyzji organ II instancji zaznaczył m.in., że Odwołujący wskazał, iż w decyzji Nr 81/2012 Dyrektora Śląskiego OW NFZ organ I instancji „(...) pominął całkowicie naruszenia prawa do jakich bezsprzecznie doszło w toku postępowania. Nie zostało uwzględnione, iż w postępowaniu w sprawie zawierania umów naruszono art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach (...), który stanowi, że oferty oferentów nie spełniających wymogów nałożonych przepisami powszechnie obowiązującymi oraz wynikających z zarządzenia Prezesa NFZ nr 46/2011/DSOZ z dnia 16.09.2011 r. podlegają odrzuceniu. W gronie świadczeniodawców, których ofert nie odrzucono i zawarto umowy, znajdowały się podmioty nie spełniające wymogu nałożonego art. 17 ustawy o działalności leczniczej w zakresie posiadania ubezpieczenia zawieranego na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych (...)”. Zdaniem Prezesa NFZ, zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618) podmiot leczniczy jest obowiązany m.in. zawrzeć w zakresie określonym umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital. Tym samym, każdy podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne powinien posiadać zawartą umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Organ II instancji zgodził się z Odwołującym, iż ewentualny brak posiadania przedmiotowej umowy ubezpieczenia przez oferentów biorących udział w postępowaniu, ważnej na dzień obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, a następnie także przez cały okres jej realizowania; jest brakiem spełnienia warunku wymaganego stawianego świadczeniodawcom prowadzącym szpital. Przytoczone twierdzenie ma potwierdzenie także w doktrynie prawa, w której wskazuje się, iż „(...) Zgodnie z dyspozycją wynikającą z przepisu art. 17 ust. 1 pkt 4, każdy podmiot leczniczy ma obowiązek zawarcia – sprecyzowanej dokładniej w art. 25 ust 1 – umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, która w przypadku prowadzenia

szpitala musi być uzupełniona o umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ta druga umowa ma jednak dotyczyć tylko zakresu aktywności szpitalnej podmiotu leczniczego (...) [Dercz Maciej, Rek Tomasz, „Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz”, LEX 2014].

Nawiązując do powyższego organ II instancji stwierdził, że należy zgodzić się z twierdzeniem Odwołującego, iż ewentualny brak posiadania umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych przez oferentów biorących udział w postępowaniu, ważnej na dzień obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, a następnie także przez cały okres jej realizowania, jest przesłanką do zastosowania art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy, który stwierdza, iż odrzuca się ofertę, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy. Tym samym obowiązkiem komisji konkursowej prowadzącej postępowanie jest odrzucenie oferty niespełniającej wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu. Jednocześnie należy zauważyć, iż w doktrynie prawa uważa się, iż odrzuca się ofertę, jeśli „(...) Oferta lub oferent nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach. Ta przyczyna odrzucenia oferty ze względów praktycznych ma w pierwszym etapie postępowania wyeliminować podmioty, które niespełniają warunków merytorycznych (...)” [„Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – komentarz” – Krzysztof Baka, Grzegorz Machulak, Agnieszka Pietraszewska-Macheta oraz Andrzej Sidorko].

W konsekwencji Prezes NFZ w wydanej decyzji stwierdził, że analiza akt sprawy wskazuje, iż dokumentacja załączona do sprawy nie jest pełna, gdyż brak jest ofert podmiotów konkurencyjnych biorących udział w postępowaniu, co nie pozwala stwierdzić, czy podmioty konkurencyjne wobec Odwołującego posiadały stosowne umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych ważne na dzień obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, a będącej przedmiotem postępowania. Także w treści decyzji Nr 81/2012 Dyrektora Śląskiego OW NFZ z 29 lutego 2012 r. nie dokonuje się ustalenia, który z oferentów biorących udział w postępowaniu posiadał umowy ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, a który z oferentów był pozbawiony wskazanej umowy ubezpieczenia. Tym samym podczas postępowania administracyjnego organ I instancji nie ustosunkował się w należyty sposób do zarzutu Odwołującego.

W związku z powyższym organ II instancji zauważył, iż zgodnie z art. 7 k.p.a. w toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli. Jednocześnie należy zauważyć, iż art. 77 § 1 k.p.a. wskazuje, że organ administracji publicznej jest obowiązany w sposób wyczerpujący zebrać i rozpatrzyć cały materiał dowodowy. Nawiązując do powyżej przytoczonych przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego należy zauważyć, iż decyzja Nr 81/2012 Dyrektora Śląskiego OW NFZ z dnia 29 lutego 2012 r. narusza art. 7 oraz art. 77 § 1 k.p.a., ponieważ organ wydający przytoczoną decyzję nie podjął wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego, gdyż nie odniósł się w należyty sposób do wszystkich zarzutów stawianych przez Odwołującego w jego odwołaniu z dnia 31 stycznia 2012 r. od rozstrzygnięcia postępowania nr 12-12-000771/LSZ/03/1/1.

Organ II instancji stwierdził, że w treści decyzji Nr 81/2012 Dyrektora Śląskiego OW NFZ z dnia 29 lutego 2012 r nie dokonano dogłębnej analizy porównawczej oferty Odwołującego z każdą z wybranych ofert podczas postępowania. Tym samym nie wskazano ilości punktów uzyskanych przez każdego z oferentów biorących udział w postępowaniu za każdy z elementów ocenianych podczas przedmiotowego postępowania (ilość punktów za daną odpowiedź udzieloną na konkretne pytanie znajdujące się w części VIII Ankiety w formularzu ofertowym każdego z oferentów). Organ I instancji nie przekazał organowi II instancji dokumentacji ofertowej złożonej do przedmiotowego postępowania przez oferentów konkurencyjnych wobec Odwołującego, a biorących udział we wskazanym postępowaniu. Tym samym Odwołujący nie miał możliwości zapoznania się z dokumentacją ofertową podmiotów konkurencyjnych, których oferty wybrano podczas postępowania. W związku z powyższym analiza treści decyzji Dyrektora Śląskiego OW NFZ wykazała, że Dyrektor Śląskiego OW NFZ wydając decyzję nie kierował się zasadami, o których mowa w treści uzasadnienia prawomocnego wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego Warszawie z dnia 27 marca 2013 r. w sprawie o sygn. akt VI SA/Wa 2527/12.

W związku z powyższym organ II instancji uznał, że decyzja Nr 81/2012 Dyrektora Śląskiego OW NFZ z dnia 29 lutego 2012 r. narusza art. 6 k.p.a. w związku z art. 170 oraz art. 171 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2012 r., poz. 270 z późn. zm.). Art. 6 k.p.a. wskazuje, iż organy administracji publicznej działają na podstawie przepisów prawa. Natomiast art. 170 oraz art. 171 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi stwierdza, że orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy i inne organy państwowe, a w przypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby.

Po otrzymaniu powyższej decyzji organu II instancji, pismem z dnia 2 lipca 2015 r. Dyrektor Śląskiego OW NFZ niezwłocznie powiadomił Odwołującego o podjęciu postępowania administracyjnego i przysługującym Stronie prawu czynnego udziału w toczącym się postępowaniu oraz prawu wypowiedzenia się co do zebranych dowodów, materiałów oraz zgłoszonych żądań w oparciu o art. 10 § 1 w zw. z art. 73 § 1 i 1a Kodeksu postępowania administracyjnego. Odwołującemu umożliwiono zapoznanie się z aktami postępowania do których włączono oferty wszystkich podmiotów konkurencyjnych wobec Odwołującego złożone w postępowaniu 12-12-000771/LSZ/03/1/1. W dniu 31.08.2015 r. Dyrektor Śląskiego OW NFZ wydał decyzję nr 12-2177/OD-6/WOKS/2015, w której nie uwzględnił odwołania Odwołującego.

Od powyższej decyzji, pismem z dnia 9 września 2015 r. Odwołujący złożył odwołanie do Prezesa Funduszu zarzucając jej naruszenie: przepisów art.7 Kodeksu postępowania administracyjnego poprzez brak wszechstronnego rozpatrzenia sprawy, a to poprzez brak sprawdzenia czy wszystkie podmioty, które w okresie prowadzenia konkursu nie były samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i czy posiadały one polisę od zdarzeń medycznych, nie dokonania tego ani na wniosek strony ani z urzędu, przepisu art. 77 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego poprzez brak wyczerpującego zabrania i rozpatrzenia całego materiału dowodowego, a to poprzez brak zebrania i rozpatrzenia informacji od podmiotów biorących udział w konkursie w zakresie posiadania umów ubezpieczenia od zdarzeń medycznych oraz naruszenie przepisu art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez brak zapewnienia równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób niegwarantujący zachowania uczciwej konkurencji poprzez ocenianie podmiotów nieposiadających wymaganych przepisami prawa dodatkowego ubezpieczenia.

Po rozpatrzeniu odwołania Prezes Funduszu uchylił zaskarżoną decyzję nr 12-2177/OD-6/WOKS/2015 z dnia 31.08.2015 r. i przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia przez organ pierwszej instancji uznając, że decyzja narusza art. 7 oraz art. 77 § 1 k.p.a. ponieważ organ wydając przytoczoną decyzję nie podjął wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego, gdyż nie ustalił, w bezsporny sposób, czy w czasie prowadzenia postępowania konkursowego nr 12-12-000771/LSZ/03/1/1 EuroMedic MEDICAL CENTER posiadał umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, określonych w przepisach o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta ważną na dzień obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, a następnie także przez cały okres jej realizowania.

Pismem z dnia 27 października 2015 r. Odwołujący został poinformowany o podjęciu postępowania administracyjnego przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ oraz poinformowany o wynikających z art. 10 §1 w zw. z art. 73§ 1 i 1a k.p.a prawie do czynnego udziału w postępowaniu a przed wydaniem decyzji prawie do wypowiedzenia się co do zebranych, materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Dyrektor Śląskiego OW NFZ podejmując niniejsze rozstrzygnięcie zważył co następuje.

Podstawę materialno-prawną rozstrzygnięcia w przedmiotowej sprawie stanowi ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W dziale VI ustawy określono procedurę zawierania umów w sprawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art.134 ust. 1 ustawy, Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszystkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach (art. 134 ust. 2 ustawy). Co do zasady zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 139 ust. 1 ustawy). W tym celu dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje komisję, której tryb pracy określa regulamin uchwalony przez Radę Funduszu (art. 139 ust. 4 ustawy). Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej. W części jawnej konkursu ofert Komisja w obecności oferentów stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert, otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia (art. 142 ust. 1 i ust. 2 ustawy). Z kolei w myśl art. 142 ust. 5 ustawy, w części niejawnej konkursu ofert Komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców określa Prezes Funduszu (art.146 ust. 1 ustawy). W myśl art. 147 ustawy kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Z kolei porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,

na podstawie wewnętrznej i zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją, ceny i liczby ofiarowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów (art.148 ustawy). Wyłonienie świadczeniodawcy w postępowaniu konkursowym ma przede wszystkim na celu realizację zadania ustawowego, tj. zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze. W toku postępowania Fundusz zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie świadczeniodawców, z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji.

Analizując powyższe przepisy bezspornym jest, że postępowanie mające na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter cywilnoprawny. W orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego i wojewódzkich sądów administracyjnych przyjęto, że wszystkie etapy postępowania poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzonego w ramach NFZ, wzorowane są na zasadach prawa cywilnego i nie podlegają przepisom postępowania administracyjnego (por. wyrok WSA w Warszawie z dnia 3 lutego 2012 r., sygn. Akt. VI SA/Wa 1762/11, Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 7 sierpnia 2012 r., sygn. akt II GSK 1054/11, Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 grudnia 2012 r., sygn. akt II GSK 2056/11). Ustawodawca wyraźnie odwołuje się do typowych pojęć praw cywilnego, takich jak oferta, konkurs ofert, rokowania. Rozstrzygnięcie tego postępowania przez Komisję nie jest niczym innym jak wyborem najkorzystniejszej oferty przez zamawiającego. Oczywiście jest więc, że pomimo iż ustawa wprost nie odwołuje się do stosowania kodeksu cywilnego, w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie on miał zastosowanie w zakresie nieuregulowanym w ustawie. Jednakże sprawa staje się sprawą administracyjną z chwilą złożenia przez świadczeniodawcę, w trybie art. 154 ustawy, odwołania do dyrektora oddziału od rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy. Powyższe uzasadnione jest treścią art. 154 ust. 3 ustawy zgodnie z którym, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Obowiązkiem organu, w ramach procedury uruchamianej wskutek wniesienia odwołania jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym, czy we wcześniejszej nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Dyrektor oddziału w ramach prowadzonego postępowania administracyjnego, nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela zatem czynności zarezerwowanych dla Komisji Konkursowej. Dyrektor Oddziału bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do uszczerbku w interesie prawnym Odwołującego.

Z kolei zgodnie z art. 132 ustawy, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu (ust. 1), która może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń na zasadach określonych w dziale VI ustawy (ust.2). Z powyższego wynika niewątpliwie, że uszczerbek interesu prawnego wystąpi po stronie świadczeniodawcy, który nie został wybrany do udzielania świadczeń w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania. Istotą badania uszczerbku interesu prawnego i stwierdzenia jego powstania jest zatem ustalenie, czy na skutek naruszenia prawa nie nastąpił uszczerbek w możliwości uzyskania zamówienia, nie zaś jakkolwiek uszczerbek w interesie prawnym świadczeniodawcy. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może

wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania tj. konkretnego przepisu przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu dotyczącym zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania organu administracyjnego, do obowiązków którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych w odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to spowodowało doznanie takiego uszczerbku.

Rozpatrując ponownie sprawę organ I instancji przeprowadził szczegółową analizę oceny punktowej oferty Odwołującego oraz pozostałych ofert złożonych w postępowaniu. Ustalenia tej analizy są następujące:

Szczegółowe parametry kryteriów oceny ofert, a także waga poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w rodzaju: lecznictwo szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, określone zostały przez Prezesa NFZ w tabeli 1.11.1 załącznika nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm. (wprowadzonego jako załącznik do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 77/2011/DSOZ z dnia 26 października 2011 r. *zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*).

Zgodnie z treścią zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm. oferta złożona na postępowanie, która spełniała warunki wymagane i nie podlegała odrzuceniu, mogła maksymalnie uzyskać:

- w kryterium jakości maksymalnie 50 punktów, w tym za:
 - personel – maksymalnie 25 punktów;
 - sprzęt i aparaturę medyczną – maksymalnie 15 punktów;
 - wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń – maksymalnie 5 punktów;
 - zewnętrzną ocenę jakości – maksymalnie 5 punktów;
 - wyniki kontroli przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia – maksymalnie 0 punktów (minimalnie -5 punktów);
- w kryterium dostępności: za dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo – maksymalnie 5 punktów;
- w kryterium kompleksowości maksymalnie 15 punktów, w tym za:
 - możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie – maksymalnie 10 punktów;
 - wymagania formalne – maksymalnie 5 punktów;
- w kryterium ciągłości: za ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach - maksymalnie 10 punktów;
- w kryterium ceny - maksymalnie 20 punktów.

Zgodnie z Zarządzeniem 54/2011/DSOZ z późn. zm., w zakresie oceny oferty według **kryterium jakości**, w oparciu o wypełnioną przez oferentów ankietę, oceniane były takie parametry jak: personel, sprzęt i aparatura medyczna, wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń, zewnętrzna ocena jakości, a także wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytanie przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1/x_1 * s_1 = 8/8 * 25 = 25,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego w parametrze personel dokonana przez komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$0/8 * 25 = 0,000 \text{ pkt}.$$

Odwołujący na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego kryterium.

Oferenci, którzy odpowiedzieli na ww. pytanie „TAK” (w przypadku których Komisja Konkursowa potwierdziła zgodność udzielonej odpowiedzi z treścią oferty), a tym samym zgodnie z obowiązującym wzorem uzyskali maksymalną liczbę 25 punktów to:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT, ul. Podleśna 61, Warszawa,
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego, ul. Edukacji 102, Tychy,
3. Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, Bytom,
4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, Bytom,
5. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, Katowice,
6. Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna, ul Szpitalna 6, Siemianowice Śląskie,
7. Euromedic Medical Center, ul. Kościuszki 92, Katowice,
8. 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 20, Gliwice,
9. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA, ul. Pyskowicka 47-51, Tarnowskie Góry.

Oferenci, którzy odpowiedzieli na ww. pytanie „NIE”, otrzymując 0 punktów, to:

1. SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie; ul. Strzelców Bytomskich 11, Chorzów,

2. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, ul. Panewnicka 65, Katowice,
3. Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., ul. Lipa 2, Ruda Śląska,
4. Centrum Dializa Spółka z o.o., ul. Jabłoniowa 27, Sosnowiec,
5. Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, Dąbrowa Górnicza,
6. Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o., ul. Kościuszki 1, Gliwice.

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za omawiane pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2)/x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+0)/2 * 15 = 7,500 \text{ pkt}.$$

Odwołujący na pytanie nr 1.2.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie nr 1.2.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny (Producent NIDEK, model GYC-1000, nr seryjny 11850) potwierdziła zasadność udzielenia przez Odwołującego ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 7,500 punktów za spełnienie powyższego warunku.

Jedynym oferentem, który na obydwa ww. pytania odpowiedział „NIE”, otrzymując 0 punktów był Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich.

Następujący oferenci odpowiedzieli „TAK” na obydwa pytania, uzyskując maksymalną możliwą liczbę 15 punktów:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT; ul. Podleśna 61, Warszawa,
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego, ul. Edukacji 102, Tychy,
3. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, ul. Panewnicka 65, Katowice,
4. Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, Bytom,
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, Bytom,
6. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, Katowice,
7. Euromedic Medical Center, ul. Kościuszki 92, Katowice,
8. Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, Dąbrowa Górnicza,
9. 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 20, Gliwice,
10. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA, ul. Pyskowska 47-51, Tarnowskie Góry.

Pozostali oferenci odpowiedzieli „TAK” na pierwsze pytanie, natomiast na drugie odpowiedzieli „NIE”, uzyskując łącznie 7,5 punktu:

1. SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, ul. Strzelców Bytomskich 11, Chorzów
2. Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., ul. Lipa 2, Ruda Śląska,
3. Centrum Dializa Spółka z o.o., ul. Jabłoniowa 27, Sosnowiec,
4. Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o., ul. Kościuszki 1, Gliwice.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń – w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru maksymalnie 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt}.$$

Odwołujący na powyższe pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

Oferentami, którzy odpowiedzieli „TAK” na wszystkie trzy pytania, otrzymując maksymalną liczbę 5 punktów są:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT, ul. Podleśna 61, Warszawa,
2. SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, ul. Strzelców Bytomskich 11, Chorzów,
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, Bytom,
4. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, Katowice,
5. Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna, ul Szpitalna 6, Siemianowice Śląskie
6. Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., ul. Lipa 2, Ruda Śląska
7. Centrum Dializa Spółka z o.o., ul. Jabłoniowa 27, Sosnowiec
8. Euromedic Medical Center, ul. Kościuszki 92, Katowice
9. Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewiczza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, Dąbrowa Górnicza
10. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA, ul. Pyskowicka 47-51, Tarnowskie Góry.

Zgodnie z przedstawionym powyżej wzorem, ocena pojedynczego, pozytywnego pytania każdej z ofert dokonana przez komisję na któreś z pytań ankietowych nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco: $(0+1,667+0)/5 * 5 = 1,667 \text{ pkt}$.

Pozytywna odpowiedź na dwa z ww. pytań, zgodnie z przedstawionym wzorem prowadziła do uzyskania 3,333 pkt. - $(0+1,667+1,667)/5 * 5 = 3,333$ pkt.

Oferenci, którzy pozytywnie odpowiedzieli na pytania drugie i trzecie to:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego, ul. Edukacji 102, Tychy
2. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, ul. Panewnicka 65, Katowice
3. Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, Bytom.

Oferenci: 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach oraz Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach udzielili pozytywnej odpowiedzi na pytanie drugie, uzyskując 1,667 pkt.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania (komisja opierała swą decyzję na podstawie oferty (dane identyfikacyjne) i „Oświadczenia oferenta”) – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.: $(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000$ pkt,

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Jedynym oferentem, który odpowiedział „TAK” na obydwa pytania, i uzyskał maksymalną liczbę 5 punktów był Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$(0+0)/5 * 5 = 0,000$ pkt.

Odwołujący na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego kryterium.

Odpowiedzi na pierwsze pytanie „NIE”, a drugie „TAK” udzielili, a co za tym idzie otrzymali taką samą wartość punktową za spełnienie warunku, następujący oferenci:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT, ul. Podleśna 61, Warszawa,
2. SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie; ul. Strzelców Bytomskich 11, Chorzów,
3. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, Katowice,
4. Centrum Dializa Spółka z o.o., ul. Jabłoniowa 27, Sosnowiec,
5. Euromedic Medical Center, ul. Kościuszki 92, Katowice,
6. Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o., ul. Kościuszki 1, Gliwice.

Pozostali oferenci odpowiedzieli „NIE” na obydwa pytania, otrzymując 0 punktów:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 im. Prof. Józefa Gasińskiego, ul. Edukacji 102, Tychy,
2. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, ul. Panewnicka 65, Katowice,
3. Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, Bytom,
4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, Bytom,
5. Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna, ul Szpitalna 6, Siemianowice Śląskie,
6. Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., ul. Lipa 2, Ruda Śląska,
7. 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 20, Gliwice,
8. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA, ul. Pyskowiicka 47-51, Tarnowskie Góry.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze zarówno Odwołujący, jak i wszyscy pozostali oferenci, udzielili odpowiedzi ankietowych „NIE” – na wszystkie pytania rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Odwołujący uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów, podobnie wszyscy pozostali oferenci. Tak więc żaden z oferentów w omawianym kryterium nie otrzymał punktów ujemnych.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Odwołującego biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (0,000+7,500+5,000+0,000+0,000) = 12,500 \text{ punktów.}$$

Oferta Odwołującego otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **12,500 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Odwołującego, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Pozostali oferenci w kryterium jakości uzyskali następującą łączną ocenę punktową:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT; ul. Podleśna 61, Warszawa – 47,50 pkt,
2. SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie; ul. Strzelców Bytomskich 11, Chorzów – 15,00 pkt,
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego, ul. Edukacji 102, Tychy – 43,33 pkt,
4. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, ul. Panewnicka 65 Katowice – 18,33 pkt,
5. Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, Bytom – 43,33 pkt,
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, Bytom – 45,00 pkt,
7. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, Katowice – 47,50 pkt,
8. Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna, ul Szpitalna 6, Siemianowice Śląskie – 30,00 pkt.,
9. "Szpital Wielospecjalistyczny" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Kościuszki 1, Gliwice – 11,667 pkt,
10. Centrum Dializa Spółka z o.o., ul. Jabłoniowa 27, Sosnowiec – 15,00 pkt,
11. Euromedic Medical Center, ul. Kościuszki 92; Katowice – 47,50 pkt,
12. Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej; ul. Szpitalna 13, Dąbrowa Górnicza.- 25,00 pkt,
13. 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 20, Gliwice – 41,66 pkt,
14. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA, ul. Pyskowicka 47-51, Tarnowskie Góry – 45,00 pkt.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według kryterium **dostępności**, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „**Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo**”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „*Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Odwołujący, oraz wszyscy pozostali oferenci udzielili odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, wszyscy oferenci, wraz z Odwołującym, otrzymali w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Odwołującego uzyskała w tym kryterium 5,000 punktów, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r. Identyczną wartość punktową otrzymały wszystkie pozostałe oferty.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;

- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 d Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” - przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy

procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 – przedstawiała się następująco:

$$(0+1+0+1+0+1+0+0+5+0+0+0)/32 * 10 = 2,500 \text{ pkt.}$$

W zakresie kompleksowości udzielanych świadczeń pozostali oferenci uzyskali następujące, łączne wyniki punktowe:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT; ul. Podleśna 61, Warszawa – 2,50 pkt,
2. SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie; ul. Strzelców Bytomskich 11, Chorzów – 3,438 pkt,
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego, ul. Edukacji 102, Tychy – 5,00 pkt,
4. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, ul. Panewnicka 65 Katowice – 5,313 pkt,
5. Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, Bytom – 5,00 pkt,
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, Bytom – 5,00 pkt,
7. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, Katowice – 8,438 pkt,
8. Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna, ul Szpitalna 6, Siemianowice Śląskie – 2,813 pkt,
9. Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o., ul. Kościuszki 1, Gliwice – 1,875 pkt,
10. Centrum Dializa Spółka z o.o., ul. Jabłoniowa 27, Sosnowiec – 3,125 pkt,
11. Euromedic Medical Center, ul. Kościuszki 92; Katowice – 4,688 pkt,
12. Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej; ul. Szpitalna 13, Dąbrowa Górnicza - 3,438 pkt,
13. 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 20, Gliwice – 2,50 pkt,
14. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA, ul. Pyskowska 47-51, Tarnowskie Góry – 4,688 pkt.

Odwołujący udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.4 oraz 1.7.1.6 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Odwołującego potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 2,500 punktów za spełnienie warunków.

Na pytanie – nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM – w lokalizacji?” „TAK” (uzyskując 0,3125 pkt) odpowiedziało pięciu świadczeniodawców: Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Euromedic Medical Center w Katowicach i Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej.

Na pytanie – nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?” pozytywnie odpowiedzieli wszyscy oferenci (uzyskując 0,3125 pkt), za wyjątkiem Szpitala Wielospecjalistycznego Sp. z o.o., ul. Kościuszki 1, Gliwice i NZOZ Centrum Medyczne MAVIT ul. Podleśna 61, Warszawa.

Na pytanie – nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”, odpowiedzi „NIE”, udzielili: Odwołujący oraz oferenci: Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach, Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich oraz 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, pozostali Oferenci odpowiedzieli na pytanie „TAK” (uzyskując 0,3125 pkt).

Na pytanie – nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?” odpowiedzi „TAK” (uzyskując 0,3125 pkt) udzielili wszyscy oferenci.

Na pytanie – nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?” „TAK” (uzyskując 0,3125 pkt) odpowiedziało ośmiu oferentów: NZOZ Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie, SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Tychach, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA w Tarnowskich Górach. Natomiast odpowiedzi „NIE” udzielili: Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich, Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., Centrum Dializa Spółka z o.o. z siedzibą w Sosnowcu, Euromedic Medical Center w Katowicach, Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach. Oferenci ci otrzymali 0 punktów

Na pytanie – nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?” odpowiedzieli „TAK” (uzyskując 0,3125 pkt) udzielili wszyscy oferenci, za wyjątkiem Centrum Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie i Szpitala Wielospecjalistycznego Sp. z o.o. w Gliwicach.

Na pytanie – nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?” odpowiedzi „TAK” (uzyskując 0,3125 pkt) udzieliło ośmiu oferentów: SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Tychach, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich, Centrum Dializa Spółka z o.o. z siedzibą w Sosnowcu, Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej.

Natomiast odpowiedzi „NIE” udzielili: NZOZ Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie, Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., Euromedic Medical Center w Katowicach, 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA w Tarnowskich Górach, Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach.

Na pytanie – nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?” pięciu oferentów udzieliło odpowiedzi „TAK” (uzyskując 1,5625 pkt), byli to: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Tychach, Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu

Medycznego w Katowicach, Euromedic Medical Center w Katowicach, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA w Tarnowskich Górach. Wszyscy pozostali oferenci na ww. pytanie odpowiedzieli „NIE”, nie uzyskując dodatkowych punktów.

Na pytanie – nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?” odpowiedzi „TAK” (uzyskując 1,5625 pkt) udzielili wszyscy oferenci, również Odwołujący.

Na pytanie – nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?” wszyscy oferenci, wraz z Odwołującym odpowiedzieli „NIE”, tym samym wszyscy otrzymali 0 punktów.

Na pytanie – nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?” odpowiedzi „TAK” (uzyskując 1,5625 pkt) udzieliło trzech oferentów: Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, pozostali odpowiedzieli „NIE”, otrzymując 0 punktów.

Na pytanie – nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?” Pierwotnie odpowiedzi „TAK” udzieliło dwóch oferentów, jednakże w skutek odrzucenia przez Komisję Konkursową wyjaśnień oferenta Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach i zmianie odpowiedzi ankietowej z „TAK” na „NIE”, jedynym oferentem, który otrzymał punkty był Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (uzyskując 1,5625 pkt). Wszyscy pozostali oferenci odpowiedzieli na omawiane pytanie „NIE”, uzyskując 0 punktów.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „Wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(2+0)/5 * 5 = 2,000 \text{ pkt,}$$

Odwołujący na pytanie nr 1.8.1.1. udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.8.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Odwołującego potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 2 punkty za spełnienie warunku.

Na pierwsze z dwóch pytań, tj. nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?” odpowiedzi twierdzącej (uzyskując 2 pkt.) udzielili wszyscy oferenci, za wyjątkiem Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich.

Na drugie pytanie, nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?” odpowiedzi „TAK” (uzyskując 3 pkt) udzieliło dziesięciu oferentów: SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Tychach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Centrum Dializa Spółka z o.o. z siedzibą w Sosnowcu, Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, Euromedic Medical Center w Katowicach, 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA w Tarnowskich Górach.

Natomiast odpowiedzi „NIE” (uzyskując 0 punktów) udzieliło pięciu oferentów: NZOZ Centrum Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich, Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach oraz Odwołujący.

Łącznie w ramach możliwych do uzyskania pięciu punktów maksymalne wartości uzyskali następujący oferenci: SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Tychach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Centrum Dializa Spółka z o.o. z siedzibą w Sosnowcu, Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, Euromedic Medical Center w Katowicach, 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA w Tarnowskich Górach. Dwa punkty uzyskali: NZOZ Centrum Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach oraz Odwołujący. Natomiast oferent Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich, w związku z udzieloną dwukrotnie odpowiedzią „NIE” uzyskał 0 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium kompleksowości w odniesieniu dla oferty Odwołującego, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (2,500 + 2,000) = 4,500 \text{ punktów.}$$

Oferta Odwołującego otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **4,500 punktów**, która została przypisana ofercie, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Pozostałe oferty w ramach kryterium kompleksowości uzyskały łącznie następującą liczbę punktów:

1. NZOZ Centrum Medyczne MAVIT; ul. Podleśna 61, Warszawa - 4,5 pkt,
2. ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie; ul. Strzelców Bytomskich 11, Chorzów - 8,438 pkt,
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego, ul. Edukacji 102, Tychy - 10 pkt,
4. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, ul. Panewnicka 65 Katowice - 7,313 pkt,
5. Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, Bytom - 10 pkt,
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, Bytom - 10 pkt,
7. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, Katowice - 13,438 pkt,
8. Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna, ul. Szpitalna 6, Siemianowice Śląskie - 2,813 pkt,
9. Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o., ul. Kościuszki 1, Gliwice - 3,875 pkt,
10. Centrum Dializa Spółka z O.O., ul. Jabłoniowa 27, Sosnowiec - 8,125 pkt,
11. Euromedic Medical Center, ul. Kościuszki 92, Katowice - 9,688 pkt,
12. Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, Dąbrowa Górnicza - 8,438 pkt,
13. 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 20, Gliwice

- 7,5 pkt,

14. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA, ul. Pyskowicka 47-51, Tarnowskie Góry

- 9,688 pkt.

W kryterium ciągłości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt},$$

Odwołujący na pytanie nr 1.10.1.1. udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.10.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania

z treścią oferty Odwołującego potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Odwołującego uzyskała w tym kryterium – ocenę **5,000 pkt**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Porównując powyższe z pozostałymi ofertami stwierdzić należy, że dwaj oferenci, którzy odpowiedzieli „NIE” na obydwa pytania, a co za tym idzie otrzymali 0 punktów to: Centrum Dializa Sp. z o.o. z siedzibą w Sosnowcu i Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich. Czterech oferentów odpowiedziało „TAK” na obydwa pytania, uzyskując maksymalnie dostępne 10 punktów – NZOZ Centrum Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie, Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz EuroMedic Medical Center w Katowicach.

Na pierwsze pytanie – nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?” odpowiedzi „TAK”, uzyskując 5 punktów, odpowiedziało dziewięciu oferentów (w tym Odwołujący) - ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego w Tychach, Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach, Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach, Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA w Tarnowskich Górach.

Złożone w omawianym postępowaniu konkursowym oferty zostały również przez Komisje Konkursową ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Odwołującego, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Odwołującego otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Odwołującego, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następujący oferenci złożyli oferty z ceną za jednostkę rozliczeniową równą cenie oczekiwanej, otrzymując tym samym, zgodnie z wyżej przytoczonym wzorem 10 punktów:

1. ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie,
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego w Tychach,
3. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach, w Katowicach,
4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu,
5. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
6. Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. (Odwołujący),
7. 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach,
8. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA w Tarnowskich Górach.

Oferenci, którzy złożyli oferty z najniższą możliwą ceną: Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich (cena 46,00 zł) i Centrum Dializa Spółka z o.o. z siedzibą w Sosnowcu (cena 46,80 zł) otrzymali za kryteria cenowe, zgodnie z ww. przytoczonym wzorem, najwyższą możliwą wartość 20 punktów.

Oferenci: Euromedic Medical Center w Katowicach i NZOZ Centrum Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie, złożyli oferty z tą samą ceną za jednostkę rozliczeniową (50,00 zł) uzyskując za kryteria cenowe 13,846 punktów.

Oferent Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu złożył ofertę z ceną 51,00 zł uzyskując 11,923 punktów. Natomiast oferent Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej złożył ofertę z ceną 51,90 zł, uzyskując 10,192 punktów. Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach, złożył ofertę z ceną 51,70 zł uzyskując 10,577 punktów.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Odwołującego (w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych), wyniosła 37,000 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 27,000). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Odwołującego, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Wartości uzyskane przez pozostałych oferentów ukształtowały się w następujący sposób (przedstawiono wartości uszeregowane od maksymalnych do najniższych, zgodnie z wartością końcową):

1. Euromedic Medical Center w Katowicach – 86,034 pkt. (w tym: za kryteria cenowe 13,846 i za niecenowe 72,188),
2. Szpital Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach - 85,938 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,00 i za niecenowe 75,938),
3. NZOZ Centrum Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie - 80,846 pkt (w tym: za kryteria cenowe 13,846 i za niecenowe 67,000),
4. Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu – 75,256 pkt (w tym: za kryteria cenowe 11,923 i za niecenowe 63,333),
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu – 75,000 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 65,000),
6. Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy SA 74,688 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 64,688),
7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 Im. Prof. Józefa Gasińskiego w Tychach – 73,333 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 63,333),
8. 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Gliwicach – 69,167 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 59,167),
9. Nefrolux Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich – 57,813 pkt (w tym: za kryteria cenowe 20,000 i za niecenowe 37,813),
10. Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej - 53,630 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,192 i za niecenowe 43,438,542),
11. Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach - 50,646 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 40,646,542),
12. Centrum Dializa Spółka z o.o. z siedzibą w Sosnowcu - 48,125 pkt. (w tym: za kryteria cenowe 20,000 i za niecenowe 28,125),
13. ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie – 43,438 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 33,438),
14. Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. w Gliwicach – 36,119 pkt (w tym: za kryteria cenowe 10,577 i za niecenowe 25,542).

Dokonując indywidualnej oceny wszystkich złożonych ofert stwierdzić należy, że zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn zm.), w zakresie oceny oferty według kryterium jakości, w oparciu o wypełnioną przez oferentów ankietę, oceniane były takie parametry jak: personel, sprzęt i aparatura medyczna, wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń, zewnętrzna ocena jakości, a także wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ.

I. Oferent: Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy Spółka Akcyjna w Tarnowskich Górach, ul. Pyskowiicka 47-51.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze **personel** dokonana przez komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym przyznano mu 25,000 punktów za spełnienie warunku (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści okulistyki – łączny wymiar czasu pracy – 151:40:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2)/x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny argonowy (Producent CARL ZEISS, model VISUALS 532 nM, nr seryjny 828552) oraz witrektom (Producent ALCON, model ACCUCURUS 800, nr seryjny 0703217001X) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3)/x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 - przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na powyższe pytania udzielił odpowiedzi „TAK”, a Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie ww. odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwie pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwie pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za ww. kryterium.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000 + 15,000 + 5,000 + 0,000 + 0,000) = 45,000 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **45,000 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według kryterium dostępności, w którym - zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ ze zm. - ocenie podlegał parametr „Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+1+5+5+5+5) / 32 * 10 = 10,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1+1+1+1+1+0+5+5+0+0+0)/32 * 10 = 4,688 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5 oraz 1.7.1.6 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytania nr 1.7.3.1 oraz 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5 oraz 1.7.1.6 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.1 wykazano w ofercie: laser okulistyczny NDYAG (Producent CARL ZEISS, model VISULAS YAG III, nr seryjny 1004115); retinofot – funduskamera z możliwością cyfrowej obróbki danych z angiografii fluoresceinowej i z możliwością stereoskopowego obrazowania angiografii fluoresceinowej (Producent TOPCON, model TOPCON TRC-NW7SF MARK II', nr seryjny 677154). W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: lekarzy specjalistów w zakresie

okulistyki z doświadczeniem w okulistycznych zabiegach operacyjnych, lekarz specjalista – anestezjologia i intensywna terapia (16 godz. 30 min. tygodniowo) oraz sprzęt tj.: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent CARL ZEISS, model OPHTHALMO OPMI VISU, nr seryjny 323819); fakoemulsyfikator wraz z witrektomem (Producent ALCON, model INFINITY VISION SYSTEM OZIL, nr seryjny 0902430701X); istotne materiały zużywalne: sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa - zwijalna - w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa z polimetylmetakrylatu (PMMA) – w przypadku zabiegów metodami innymi niż fakoemulsyfikacja, wiskoelastyk; laser okulistyczny argonowy (Producent CARL ZEISS, model VISUALS 532 nM, nr seryjny 828552). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 4,688 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent - udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwa pytania. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium kompleksowości w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (4,688 + 5,000) = 9,688 \text{ pkt.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **9,688 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium ciągłości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt.}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.10.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.10.1.2. – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium - ocenę **5,000 pkt.**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według **kryterium ceny**. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy Spółka Akcyjna w Tarnowskich Górach, ul. Pyskowicka 47-51, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 74,688 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 64,688). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

II. Oferent: Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach SPZOZ, ul. Panewnicka 65.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze **Personel** dokonana przez komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$0 / 8 * 25 = 0,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego warunku.

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny NDYAG (Producent CARLL ZEISS, model VISULAS YAG III, nr seryjny 916613) oraz witrektom (Producent MICRO VISION, nr seryjny 131024 rok produkcji 2005) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatką?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSO z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 - przedstawiała się następująco:

$$(0,000+1,667+1,667)/3 * 5 = 3,333 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytania nr 1.3.1.2 oraz 1.3.1.3 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie nr 1.3.1.1 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 3,333 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5” dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego warunku.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium jakości** w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (0,000+15,000+3,333+0,000+0,000) = 18,333 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **18,333 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ ze zm. – ocenie podlegał parametr „**Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo**”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 - nr 1.6.1.1, o treści: „*Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po

przeskalowaniu – waga „5” – dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorządowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;

- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 d Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich

realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(1+1+1+1+1+1+0+5+0+5+0)/32 * 10 = 5,313 \text{ punktów.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.1.1, 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytania nr 1.7.3.2 oraz 1.7.3.4 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.1, 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: lekarza specjalistę – anesteziologia i intensywne terapie (na 1 etat) oraz sprzęt tj.: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent CARL ZEISS, model VISU 200, nr seryjny 358061); fakoemulsyfikator, umożliwiający wykonanie zabiegów witrektomii (Producent GEUDER, model MEGATRON S3, nr seryjny S3 0704552); mikrodiatermia (Producent ALCON CONSTALATION SN, nr seryjny 1003006201X); sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa - zwijalna - w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa z polimetylmetakrylatu (PMMA) – w przypadku zabiegów metodami innymi niż fakoemulsyfikacja - soczewka VOLKA 3 sztuki, sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa 100 sztuk, wiskoelastyk 100 sztuk oraz laser okulistyczny NDYAG (Producent CARLL ZEISS, model VISULAS YAG III, nr seryjny 916613). W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.4 wykazano w ofercie: mikroskop endotelialny (Producent TOPCON, nr seryjny SP 300); pachymetr (Producent TOPCON, model SP 3000P, nr seryjny 0310198); topograf rogówkowy (Producent ZEISS HUMPHREY CARL, nr seryjny 993); specjalistyczne instrumentarium mikrochirurgiczne do przeszczepiania rogówki (w tym trepany) sztuk 1 oraz wskazano zapewnienie realizacji badań laboratoryjnych, w tym oznaczenia stężenia leków immunosupresyjnych – dostęp (umowa na podwykonawstwo z DIAGNOSTYKA Spółka z o.o. z siedzibą w Sosnowcu). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 5,313 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”,
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anesteziologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(2+0)/5 * 5 = 2,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił na pytanie 1.8.1.1 odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.8.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 2 punkty za spełnienie warunku.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium kompleksowości** w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (5,313 + 2,000) = 7,313 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **7,313 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „**Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach**” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” - przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 10 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium – ocenę 10,000 pkt., co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ. z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy

w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach SPZOZ, ul. Panewnicka 65, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wyniosła 50,646 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 40,646). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

III. Oferent: Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_i / x_i * s_i = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze **Personel** dokonana przez komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$0 / 8 * 25 = 0,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego warunku.

W zakresie parametru „**Sprzęt i aparatura medyczna**”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG – w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom – w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze **Sprzęt i aparatura medyczna**, dokonana przez komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny argonowy (producent CARL ZEISS Model VISULAS 532 S – nr seryjny 996896) oraz fakoemulsyfikator z funkcją witrektomu (producent CONSULTRONIX MODEL MILLENIUM – numer seryjny

05078SY20422) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń – w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na powyższe pytania udzielił odpowiedzi „TAK”, a Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;

- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z powyższych pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. W związku z powyższym, komisja na podstawie oferty (dane identyfikacyjne) i „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. przyznała Oferentowi 5,000 punktu za spełnienie warunku.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” – na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „**Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” 0,000 punktów.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (0,000+15,000+5,000+5,000+0,000) = 25,000 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **25,000 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „**Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo**”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru brano była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „*Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” – dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w **kryterium dostępności** był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium kompleksowości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brano były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „**Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji**” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „*Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?*”;
- nr 1.7.1.2: „*Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?*”;
- nr 1.7.1.3: „*Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?*”;
- nr 1.7.1.4: „*Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?*”;

- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 d Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(1+1+1+1+0+1+1+0+5+0+0+0)/32 * 10 = 3,438 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.1., 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.1., 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: lekarza okulistę z doświadczeniem w okulistycznych zabiegach operacyjnych, lekarza specjalistę anestezjologa na 10 godz. tygodniowo oraz sprzęt tj.: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (producent TOPCON JAPONIA model OMS 600 – nr serii 051267/95), fakoemulsyfikator z funkcją witrektomu (producent CONSULTRONIX, model MILLENIUM, nr seryjny 05078SY20422), mikrodiatermia okulistyczna (producent MARTIN NIEMCY model ME – 81 nr seryjny 810200950336), sztuczne soczewki wewnątrzgałkowe + wiskoelastyk, laser okulistyczny argonowy (producent CARL ZEISS model VISULAS 532 S nr seryjny 996896). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 3,438 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);

- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwa pytania. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium kompleksowości w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (3,438 + 5,000) = 8,438 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **8,438 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium ciągłości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyka?”;

- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent na pytanie nr 1.10.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.10.1.2. – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium - ocenę **5,000 pkt.**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według **kryterium ceny**. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka

– hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 51,90 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 51,90]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,30/10,40] = 10,192 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,192 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 53,630 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,192 i za niecenowe 43,438). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

IV. Oferent: Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytanie przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze personel dokonana przez komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym przyznano mu 25 punktów za spełnienie warunku (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści okulistyki – łączny wymiar czasu pracy 190:15:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny argonowy (Producent Lightlas nr seryjny LC22-9687) oraz witrektom (Producent ALCON, model ACCURUS, nr seryjny 0802831) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco:

$$(0,000+1,667+1,667)/3 * 5 = 3,333 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytania nr 1.3.1.2 oraz 1.3.1.3 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie nr 1.3.1.1 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 3,333 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie ww. odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwie pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na obydwie pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano Oferentowi dodatkowych punktów za spełnienie powyższego warunku.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium jakości** w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000 + 15,000 + 3,333 + 0,000 + 0,000) = 43,333 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **43,333 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr **„Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”**.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: *„Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”*.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w **kryterium dostępności** był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium kompleksowości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 d Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich

12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+1+5+5+5+5) / 32 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(1+1+1+1+1+1+0+5+5+0+0+0)/32 * 10 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.1.1, 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5 oraz 1.7.1.6 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytania nr 1.7.3.1 oraz 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.1, 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5 oraz 1.7.1.6 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.1 wykazano w ofercie: laser okulistyczny argonowy (Producent Lightlas nr seryjny LC22-9687); retinofot – funduskamera z możliwością cyfrowej obróbki danych z angiografii fluoresceinowej i z możliwością stereoskopowego obrazowania angiografii fluoresceinowej (Producent CARL ZEISS, model FF450-JR, nr seryjny 770938). W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.4 wykazano w ofercie: lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki z odpowiednim doświadczeniem w okulistycznych zabiegach operacyjnych (dołączono do oferty oświadczenie o wymaganym doświadczeniu); lekarza - anestezjologia i intensywne terapia (wymiar czasu pracy – 37,55) oraz sprzęt: mikroskop operacyjny okulistyczny ze światłem osiowym (Producent TOPCON nr seryjny OMS-600); fakoemulsyfikator w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, w operacjach do 3 r. życia – nóż do witrektomii przedniej (Producent GEUDER, model G 30200, nr seryjny 0704551); mikrodiatermia (Producent LANCETRON, nr seryjny 18/80); istotne materiały zużywalne: sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa - zwijalna - w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji; sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa z polimetylmetakrylatu (PMMA) – w przypadku zabiegów metodami innymi niż fakoemulsyfikacja, wiskoelastyk wykazano w ofercie 660 sztuk oraz laser okulistyczny argonowy (Producent Lightlas nr seryjny LC22-9687). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią

oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił na powyższe pytania odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium kompleksowości** w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (5,000 + 5,000) = 10,000 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm., przy wyliczeniu punktacji brano była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „**Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach**” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „*Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?*”;
- nr 1.10.1.2: „*Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” - przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent na pytanie nr 1.10.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie nr 1.10.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium – ocenę **5,000 pkt**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów}.$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 51,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 51,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [6,20/10,40] = 11,923 \text{ punktów}.$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **11,923 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu, ul. Żeromskiego 7, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 75,256 punktów (w tym: za kryteria cenowe 11,923 i za niecenowe 63,333). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

V. Oferent: SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytanie przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze personel dokonana przez komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym przyznano mu 25,000 punktów za spełnienie warunku (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści okulistyki – łączny wymiar czasu pracy – 255:45:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym

(co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny (Producent CARL ZEISS, model UISULAS 532s, nr seryjny 1023434) oraz witrektom (Producent POLYMETR, model ASSOCIATE, nr seryjny 200851556) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na powyższe pytania udzielił odpowiedzi „TAK”, a Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „*Zewnętrzna ocena jakości*”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „*Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?*”;
- nr 1.4.1.2: „*Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?*”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5” -dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj: za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE” a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za powyższe kryterium.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Oferenta, biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000+15,000+5,000+0,000+0,000) = 45,000 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **45,000 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według kryterium dostępności, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium 5,000 punktów, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.6 - 32.7.2?”;

- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1+1+1+1+1+1+0+5+0+5+0)/32 * 10 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytania nr 1.7.3.2 oraz 1.7.3.4 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie:

lekarza specjalistę okulistyki oraz sprzęt tj.: mikroskop (Producent MOLLER-WEDEL, model HI-R 900A, nr seryjny 656009/2335); pachymetr (Producent TOMEY, model EM3000, nr seryjny 876707); topograf rogówkowy (Producent OCULUS, model 70670, nr seryjny 13319060); specjalistyczne instrumentarium mikrochirurgiczne do przeszczepiania rogówki (cechy trepany). W odpowiedzi na **pyt. 1.7.3.4** wykazano w ofercie: lekarza specjalistę anestezjologii (wymiar czasu pracy – 37,55), lekarza specjalistę okulistyki z doświadczeniem w wykonywaniu zabiegów przeszczepiania rogówki samodzielnie, pozwolenie MZ na pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich itp. oraz sprzęt: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent OPTON, model GCEC, nr seryjny 30049139901); fakoemulsyfikator (Producent ALCON, model UNIVERSAL II nr seryjny 0202009501X); diatermia (Producent DORC, model 1100, nr seryjny 318); witrektom (Producent POLYMETR, model ASSOCATE, nr seryjny 200851556); sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa zawijana w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, sztuczna soczewka wewnątrzgałkowa z polimetylmetakrylatu (PMMA), wiskoelastyk; laser okulistyczny (Producent CARL ZEISS, model UISULAS 532s, nr seryjny 1023434). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” - przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwa pytania. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w **kryterium kompleksowości** w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (5,000 + 5,000) = 10,000 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „**Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach**” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „*Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?*”;
- nr 1.10.1.2: „*Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytanie nr 1.10.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.10.1.2. – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium – ocenę 5,000 pkt, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny

oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{\min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{\max} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,00 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 75,000 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 65,000). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

VI. Oferent: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze personel dokonana przez komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8/8 * 25 = 25,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej: „TAK”, a tym samym przyznano mu 25 punktów za ww. kryterium (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści okulistyki – łączny wymiar czasu pracy – 457:50:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2)/x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny (Producent ALCON USA, model 3000 LE-V2, nr seryjny 1945) oraz witrektom (Producent ALCON, model ACCURUS, nr seryjny 0002282401X) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;

- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatką?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na powyższe pytania udzielił odpowiedzi „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet

5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+2,5)/5 * 5 = 2,500 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie 1.4.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej: „NIE”, natomiast na pytanie 1.4.1.2 – odpowiedzi ankietowej „TAK”. W związku z powyższym, Komisja na podstawie oferty (dane identyfikacyjne) i „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. przyznała Oferentowi 2,5 punktu za spełnienie warunku.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium jakości** w odniesieniu do oferty Oferent biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000+15,000+5,000+2,500+0,000) = 47,500 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **47,500 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „**Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo**”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” – dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a₁ – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium 5,000 punktów, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;

- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 – przedstawiała się następująco:

$$(1+1+1+1+1+1+1+5+5+0+5+5)/32 * 10 = 8,438 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.1, 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.1, 1.7.3.2, 1.7.3.4 oraz 1.7.4.1 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Natomiast na pytanie 1.7.3.3 Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.1, 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na **pyt. 1.7.3.1** wykazano w ofercie: laser okulistyczny (Producent ALCON USA, model 3000 LE-V2, nr seryjny 1945), FUNDUS KAMERA z możliwością cyfrowej obróbki danych – aparat do angiografii (Producent TOPCON, model TRC-NW7 SF MARK II, nr seryjny 677123) oraz Pracownię Angiografii Oka (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą). Z kolei w odpowiedzi na **pyt. 1.7.3.2** wykazano w ofercie: lekarzy specjalistów posiadających doświadczenie w zabiegach okulistycznych, lekarzy anestezjologów (łączy czas pracy 72 godz. tygodniowo) oraz sprzęt tj.: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent MOLLER-WEDEL, model HiR 900 plus pozostałe mikroskopy); fakoemulsyfikator wyposażony w nóż do witrektomii przedniej i mikrodiatermię (Producent ALCON, model INFINITI plus pozostałe fakoemulsyfikatory); sztuczne soczewki + wiskoelastik, laser okulistyczny (Producent ALCON USA, model 3000 LE-V2, nr seryjny 1945 plus pozostałe lasery okulistyczne). W odpowiedzi na **pyt. 1.7.3.4** wykazano w ofercie: mikroskop endotelialny (Producent CSO srl Włochy, model SP-2, nr seryjny 09031277); pachymetr (Producent MMD, model P2000U, nr seryjny 6126); topograf rogówkowy (Producent TOMEY, model TMS-4, nr seryjny 946603); zestaw do warstwowej chirurgii rogówki MORIA S.A. oraz Laboratorium Centralne (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), zgodę Ministra Zdrowia na wykonywane procedury i czynności w zakresie pobierania, przechowywania, testowania i przeszczepiania komórek i tkanek oraz rogówek; lekarza z doświadczeniem w przeszczepie rogówki. W odpowiedzi na **pyt. 1.7.4.1** wykazano w ofercie: specjalistów okulistyki, fizyka medycznego, lekarza specjalistę radioterapii onkologicznej, interfonię oraz urządzenia umożliwiające szybką komunikację pacjenta z personelem. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 8,438 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;

- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anesteziologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt}.$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwa pytania. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w kryterium kompleksowości w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (8,438 + 5,000) = 13,438 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **13,438 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferentowi, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium ciągłości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił na powyższe pytania odpowiedzi ankietowej „TAK” (po 5 pkt po przeskalowaniu). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając oferentowi 10 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium - ocenę 10,000 pkt, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,00 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę 10,000 punktów. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wyniosła 85,938 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 75,938). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

VII. Centrum Dializa Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sosnowcu, ul. Jabłoniowa 27.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze personel dokonana przez komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$0 / 8 * 25 = 0,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za powyższe kryterium.

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1) / 2 * 15 = 15,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+0)/2 * 15 = 7,500 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie 1.2.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.2.1.2 – odpowiedzi „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny (Producent CARL ZEISS, model TRION, nr seryjny 913741) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 7,500 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń – w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na powyższe pytania udzielił odpowiedzi „TAK”, a Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „**Zewnętrzna ocena jakości**”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „*Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?*”;
- nr 1.4.1.2: „*Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?*”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+2,5)/5 * 5 = 2,500 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie 1.4.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej: „NIE”, na pytanie 1.4.1.2 – odpowiedzi „TAK”. W związku z powyższym, komisja na podstawie oferty (dane identyfikacyjne) i „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. przyznała Oferentowi 2,5 punktu za spełnienie warunku.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych

wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (0,000+7,500+5,000+2,500+0,000) = 15,000 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **15,000 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według kryterium dostępności, w którym - zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. - ocenie podlegał parametr „Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy

procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 d Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1+1+1+0+1+1+0+5+0+0+0)/32 * 10 = 3,125 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: lekarzy specjalistów posiadających doświadczenie w zabiegach okulistycznych oraz sprzęt tj.: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent CARL ZEISS, model OPMI 1 FRXY, nr seryjny 6635301601); fakoemuksyfikator z funkcją noża do witrektomii przedniej (Producent CARL ZEISS, model VISALIS, nr seryjny 6403100223); mikrodiatermia wykazana jako diatermia (Producent FAMED Łódź, model GT 55, nr seryjny 920352), sztuczne soczewki + wiskoelastik (wskazano jako Soczewka Volka), wykazany laser okulistyczny (Producent CARL ZEISS, model TRION, nr seryjny 913741). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 3,125 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezyjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwie powyższe pytania. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w kryterium kompleksowości w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (3,125 + 5,000) = 8,125 \text{ punktów}.$$

Oferenta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **8,125 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferentowi, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium ciągłości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brała była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/6 * 10 = 0,000 \text{ pkt,}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE” na obydwa pytania, a tym samym nie przyznano Oferentowi dodatkowych punktów za ww. kryterium.

Mając na uwadze powyższe i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium – ocenę **0,000 pkt**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 46,80 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 46,80]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 20,00 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **20,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: Centrum Dializa Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sosnowcu, ul. Jabłoniowa 27, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 48,125 punktów (w tym: za kryteria

cenowe 20,000 i za niecenowe 28,125). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

VIII. Oferent EuroMedic MEDICAL CENTER w Katowicach, ul. Kościuszki 92 (Tomasz Ludyga, os. Tysiąclecia 9/5, 40-874 Katowice).

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze personel dokonana przez Komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym przyznano mu 25 punktów za spełnienie warunku (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści okulistyki – łączny wymiar czasu pracy – 258:45:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny argonowy (Producent ARC Laser, model PCL3, nr seryjny A170-0609) oraz witrektom (Producent BAUSCH & LOMB, model MILLENIUM, nr seryjny SY90067) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na powyższe pytania udzielił odpowiedzi „TAK”, a Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+2,5)/5 * 5 = 2,500 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie 1.4.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej: „NIE”, natomiast na pytanie 1.4.1.2 – odpowiedzi ankietowej „TAK”. W związku z powyższym, Komisja na podstawie oferty (dane identyfikacyjne) i „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. przyznała Oferentowi 2,5 punktu za spełnienie warunku.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w **kryterium jakości** w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000 + 15,000 + 5,000 + 2,500 + 0,000) = 47,500 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **47,500 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym - zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „**Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo**”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „*Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium 5,000 punktów, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(1+1+1+1+0+1+0+5+5+0+0+0)/32 * 10 = 4,688 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.1, 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4 oraz 1.7.1.6 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytania 1.7.3.1 oraz 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań 1.7.1.1, 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.6 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.1 wykazano w ofercie: laser okulistyyczny argonowy (Producent ARC Laser, model PCL3, nr seryjny A170-0609), retinofot FUNDUS KAMERA z możliwością cyfrowej obróbki danych (Producent ZEISS, model VISUCAM 500, nr seryjny 677031) oraz pracownię angiografii fluoresceinowej. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: lekarzy specjalistów okulistów,

7 lekarzy anestezyjologów oraz sprzęt tj.: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent MOLLER-WEDEL, model HR-900A, nr seryjny 5073); fakoemulsyfikator (Producent OERTLI, nr seryjny P3406653 z możliwością wykonania witrektomii); mikrodiatermia Producent OERTLI, nr seryjny – nie podano), sztuczne soczewki + wiskoelastik, laser okulistyczny argonowy (Producent ARC Laser, model PCL3, nr seryjny A170-0609). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 4,688 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezyjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” - przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwa pytania. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium kompleksowości** w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obydwu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (4,688 + 5,000) = 9,688 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **9,688 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferentowi, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwie pytania, a tym samym przyznano mu 10,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium – ocenę **10,000 pkt**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów}.$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 50,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 50,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [7,20/10,40] = 13,846 \text{ punktów}.$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **13,846 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: EuroMedic MEDICAL CENTER w Katowicach, ul. Kościuszki 92 (Tomasz Ludyga, os. Tysiąclecia 9/5, 40-874 Katowice), w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 86,034 punktów (w tym: za kryteria cenowe 13,846 i za niecenowe 72,188). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

IX. Oferent Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie, ul. Podleśna 61.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze personel dokonana przez Komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym przyznano mu 25 punktów za powyższe kryterium (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści okulistyki – łączny wymiar czasu pracy 287:17:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwie pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2)/x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwie pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny (Producent NIDEK, model YC – 1600, nr seryjny 60418) oraz witraktom (Producent ALCON, model ACCURUS, nr seryjny 0601838101X) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na powyższe pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(0+2,5)/5 * 5 = 2,500 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.4.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, natomiast na pytanie nr 1.4.1.2 – odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym przyznano mu 2,5 punktu za spełnienie ww. kryterium.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000+15,000+5,000+2,500+0,000) = 47,500 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę 47,500 punktów. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według kryterium dostępności, w którym - zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ ze zm. – ocenie podlegał parametr „Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium 5,000 punktów, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularz ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorządowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 d Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.6 - 32.7.2?”;

- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0+1+1+1+0+0+0+5+0+0+0)/32 * 10 = 2,500 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.3, 1.7.1.4 oraz 1.7.1.5 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.3, 1.7.1.4 oraz 1.7.1.5 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: okulistę z doświadczeniem oraz sprzęt: mikroskop

operacyjny (Producent CARL ZEISS, model VISU 150, nr seryjny 351380); fakoemulsyfikator (Producent ALCON, model INFINITI, nr seryjny 1102078501X); mikrodiatermia (Producent ERBE, model VIO 50C, nr 15230E); soczewki + wiskoelastyk; laser okulistyczny (Producent NIDEK, model YC – 1600, nr seryjny 60418) oraz laser okulistyczny (Producent CARL ZEISS, model VISULAS 532S, nr seryjny 1023361). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 2,500 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(2+0)/5 * 5 = 2,000 \text{ pkt},$$

Oferent na pytanie 1.8.1.1. udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a na pytanie 1.8.1.2 – odpowiedzi ankietowej – „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty

Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 2 punkty za spełnienie warunku.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium kompleksowości** w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (2,500 + 2,000) = 4,500 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **4,500 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 10 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium – ocenę 10,000 pkt, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów}.$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 50,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 50,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [7,20/10,40] = 13,846 \text{ punktów}.$$

Tym samym oferta Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT (Bielany, ul. Podleśna 61, 01-673 Warszawa) otrzymała w kryterium ceny ocenę **13,846 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne MAVIT z siedzibą w Warszawie, ul. Podleśna 61, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 80,846 punktów (w tym: za kryteria cenowe 13,846 i za niecenowe 67,000). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

X. Oferent: NEFROLUX Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich, ul. Szpitalna 6.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze personel dokonana przez Komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym przyznano mu 25 punktów za spełnienie powyższego warunku (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści – okulistyki – łączny wymiar czasu pracy 265:25:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;

- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/2 * 15 = 0,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za powyższe kryterium.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń – w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 - przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na powyższe pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie ww. odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwie pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego kryterium.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium jakości** w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000+0,000+5,000+0,000+0,000) = 30,000 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **30,000 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium 5,000 punktów, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.6 - 32.7.2?”;

- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1+0+1+0+1+1+0+5+0+0+0)/32 * 10 = 2,813 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.4, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 (po 0,3125 pkt – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.2, 1.7.1.4, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: okulistę z doświadczeniem, lekarza anestezjologa

na 10 godz. tygodniowo oraz sprzęt: mikroskop operacyjny (Producent CARL ZEISS SURGICAL GMBH, model OPMI PICO, nr seryjny 6627202133); fakoemulsyfikatory (Producent ALCON LABORATORIES, model LAUREATE, nr seryjny S/NO702976901X); mikrodiatermia (Producent ALCON LABORATORIES, model LAUREATE, nr seryjny S/NO702976901X); soczewki, wiskoelastyk. Oferent nie wykazał lasera okulistycznego, ponieważ zgodnie z wyjaśnieniami przesłanymi w odpowiedzi na wezwanie Komisji Konkursowej jest on wymagany w przypadku leczenia jaskry, którego – zgodnie ze złożonym oświadczeniem – Oferent nie wykonuje. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 2,813 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt,}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za powyższe kryterium.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium kompleksowości** w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (2,813 + 0,000) = 2,813 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **2,813 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „**Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach**” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/6 * 10 = 0,000 \text{ pkt},$$

Oferent na obydwie pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano Oferentowi dodatkowych punktów za ww. pytania.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium – ocenę **0,000 pkt.**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według **kryterium ceny**. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 46,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 46,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [11,20/10,40] = 21,538 \text{ punktów.}$$

W końcowej punktacji za cenę oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **20,000 punktów**, ponieważ obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkowało już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: NEFROLUX Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Spółka Jawna w Siemianowicach Śląskich, ul. Szpitalna 6, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 57,813 punktów (w tym: za kryteria cenowe 20,000 i za niecenowe 37,813). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

XI. Oferent: Szpital Wielospecjalistyczny sp. z o.o. w Gliwicach, ul. Kościuszki 1.

W parametrze „personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytanie przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego w parametrze personel dokonana przez Komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$0 / 8 * 25 = 0,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej: „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonej odpowiedzi na ww. pytanie z treścią oferty Oferenta nie potwierdziła spełnienia ww. warunku dodatkowo ocenianego, a tym samym podjęła decyzję o zmianie odpowiedzi na ww. pytanie na odpowiedź

„NIE” – nie przyznając oferentowi dodatkowych punktów za ww. pytanie (zgodnie z „Notatką służbową” z dnia 17.0.2012 r.).

W zakresie parametru „sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;

- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za oba pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2)/x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta, w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(1+0)/2 * 15 = 7,500 \text{ pkt}.$$

Oferent na pierwsze pytanie udzielił odpowiedzi ankietowej: „TAK”, a na drugie „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny diodowy producent CARL ZEISS model AGVISULAS nr seryjny 532S, potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając oferentowi 7,5 punktów za spełnienie warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze „wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;

- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatką?”;

- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena każdej z ofert dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1,667+0) / 3 * 5 = 1,667 \text{ pkt.}$$

Oferent na pierwsze i trzecie pytanie udzielił odpowiedzi ankietowych: „NIE”, a na pytanie drugie „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie i „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 1,667 punktu za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „*zewnątrzna ocena jakości*”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- 1.4.1.1: „*Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?*”;
- 1.4.1.2: „*Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?*”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie ww. odpowiedzi na ww. pytania - wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za oba pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta - dokonana przez Komisję w ww. parametrze - na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(0+2,5)/5 * 5 = 2,500 \text{ pkt.}$$

Oferent na pierwsze pytanie udzielił odpowiedzi ankietowej: „NIE”, a na drugie - „TAK”. Zgodnie z powyższym, Komisja na podstawie oferty (dane identyfikacyjne) i „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. przyznała Oferentowi 2,5 punktu za spełnienie warunku.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent, udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” - na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Oferenta, biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (0,000+7,500+1,667+2,500+0,000) = 11,667 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **11,667 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według kryterium **dostępności**, w którym - zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ ze zm. - ocenie podlegał parametr „dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”.

Wskazać należy, że przy ocenie parametru „**dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo**”, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „*Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po

przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza).

Wskazać należy, że w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych – w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;

- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;

- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;

- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?”;

- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);

- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” - przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.2.1 - przedstawiała się następująco:

$$(0+0+0+1+0+0+0+0+5+0+0+0)/ 32 * 10 = 1,875 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytanie nr 1.7.1.4 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.2 (po 1.5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. Na pytanie 1.7.1.4 – w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wykazano w lp. 17, rubryka 8: „7910 Pracownia endoskopii”. Na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: anestezjologa specjalistę, lekarza okulistę z doświadczeniem w okulistycznych zabiegach operacyjnych, MIKROSKOP ze światłem osiowym producent CARL ZEISS model OPMI VISU 160/S7 nr seryjny 6628503122, FAKOEMULSYFIKATOR z funkcją mikrodiatermii, z nożem do witrektomii przedniej producent ALCON model INFINITI nr seryjny 0701800801X, sztuczne soczewki wewnątrzgałkowe - zwijalne i sztuczne soczewki wewnątrzgałkowe z polimetylmetakrylu istotne materiały zużywalne w „Oświadczeniu”, LASER OKULISTYCZNY DIODOWY producent CARL ZEISS model AGVISULAS nr seryjny 532S. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 1,875 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;

- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);

- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” - przy założeniu spełnienia przez ofertę obu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta, dokonana przez Komisję parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(2+0)/5 * 5 = 2,000 \text{ pkt.},$$

Oferent - udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytanie nr 1.8.1.1, a na pytanie 1.8.1.2 udzielił odpowiedzi „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wykazano w lp. 12, rubryka 8: „4920 Apteka szpitalna/zakładowa/ dział farmacji”), przyznając mu 2 punkty za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium kompleksowości w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (1,875 + 2,000) = 3,875 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **3,875 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;

- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” - przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1 + a_2) / x_1 * s_1 = (3 + 3) / 6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(0+3)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt.},$$

Oferenta udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytanie nr 1.10.1.1 (za 5 pkt. po przeskalowaniu), a na drugie pytanie odpowiedzi „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wykazano w lp. 7, rubryka 8: „1600 Poradnia okulistyka”) przyznając oferentowi 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium - ocenę **5,000 pkt.**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według **kryterium ceny**. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ ze zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 51,70 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 51,70]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,50/10,4] = 10,577 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,577 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta (w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych), wynosiła 36,119 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,557 i za niecenowe 25,542). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

XII. Oferent: 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 20.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze **Personel** dokonana przez Komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym przyznano mu 25 punktów za spełnienie warunku (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści okulistyki – łączny wymiar czasu pracy – 342:00:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze **sprzęt i aparatura medyczna**, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny argonowy (Producent LUMENIS, model Ultima 2000, nr seryjny HNLB 22983) oraz witrektom wbudowany w fakoemulsyfiktor (Producent ALCON, nr seryjny 0502487301x) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając Oferentowi 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 - przedstawiała się następująco:

$$(0,000+0,000+1,667)/3 * 5 = 1,667 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytanie nr 1.3.1.3 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytania nr 1.3.1.1 oraz 1.3.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 1,667 punktu za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z powyższych pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5” dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za ww. pytania.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferenta udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” – na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w **kryterium jakości** w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000+15,000+1,667+0,000+0,000) = 41,667 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **41,667 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „**Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo**”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „*Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu

– waga „5” dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w pkt. 32.5?”;

- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 d Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 – przedstawiała się następująco:

$$(0+1+0+1+0+1+0+0+5+0+0+0)/32 * 10 = 2,500 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.4 oraz 1.7.1.6 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.2, 1.7.1.4 oraz 1.7.1.6 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na **pyt. 1.7.3.2** wykazano w ofercie: lekarzy specjalistów posiadających doświadczenie w okulistycznych zabiegach operacyjnych; lekarza anestezjologa na 8 godzin tygodniowo oraz sprzęt: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent Moeller, model Hi-R900, nr seryjny 5101); laser okulistyczny (Producent CARL ZEISS JENA, model OPMI VLSI ze światłem osiowym, nr seryjny: 6212403636); fakoemulsyfikator z możliwością wykonania witrektomii przedniej i tylnej (Producent OERTLI INSTRUMENTS, model FAROS, nr seryjny 52610008); fakoemulsyfikator z możliwością wykonania witrektomii przedniej oraz mikrodiatermii (Producent ALCON, model LEGACY, nr seryjny 0502487301x); sztuczne soczewki + wiskoelastik; laser okulistyczny argonowy (Producent LUMENIS, model Ultima 2000, nr seryjny HNLB 22983). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 2,500 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w **kryterium kompleksowości** w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (2,500 + 5,000) = 7,500 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **7,500 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty

jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

godnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent na pytanie nr 1.10.1.1. udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.10.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium - ocenę 5,000 pkt, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{\min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{\min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{\max} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: 106 Szpital Wojskowy z Przychodnią – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 20, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 69,167 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 59,167). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

XIII. Oferent: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1 im. prof. Józefa Gasińskiego w Tychach, ul. Edukacji 102.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze **Personel** dokonana przez Komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$8/8 * 25 = 25,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej: „TAK”, a tym samym przyznano Oferentowi dodatkowe punkty za ww. pytanie (weryfikacja czasu pracy lekarzy w ofercie: lekarze specjaliści okulistyki – łączny wymiar czasu pracy – 356:25:00 godz. tygodniowo).

W zakresie parametru „**Sprzęt i aparatura medyczna**”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(1+1)/2 * 15 = 15,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej: „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny argonowy (producent CARL ZEISS, model AMD PHP, nr seryjny 450-03-43-003) oraz witrektom (Producent ALCON, model Vision System, nr seryjny 1001948501X) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 15,000 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1,667+1,667)/3 * 5 = 3,333 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytania: 1.3.1.2 oraz 1.3.1.3 udzielił odpowiedzi „TAK”, a na pytanie 1.3.1.1 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 3,333 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;

- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde z powyższych pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta – dokonana przez Komisję w ww. parametrze - na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej: „NIE”, a tym samym nie przyznano Oferentowi dodatkowych punktów za ww. pytania.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” - na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając powyższe na uwadze, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Oferenta biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (25,000+15,000+3,333+0,000+0,000) = 43,333 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **43,333 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według kryterium dostępności, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 - nr 1.6.1.1, o treści: „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” – dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;

- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1+1+1+1+1+1+5+5+0+0+0)/32 * 10 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.1 oraz 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.2 do 1.7.2.1 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na **pyt. 1.7.3.1** wykazano w ofercie laser okulistyczny argonowy (producent CARL ZEISS, model AMD PHP, nr seryjny 450-03-43-003), FUNDUS KAMERA z możliwością cyfrowej obróbki danych – do angiografii (Producent CARL ZEISS MEDITEC, model VISUCAN LITE, nr seryjny 862109) oraz z możliwością stereoskopowego obrazowania angiografii fluoresceinowej. Z kolei w odpowiedzi na **pyt. 1.7.3.2** wykazano w ofercie: lekarzy specjalistów posiadających doświadczenie w zabiegach okulistycznych, lekarza anestezjologa na 10 godzin tygodniowo oraz sprzęt tj.: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent ELBOS, model MOLLER WEDEL, nr seryjny: 656101); fakoemulsyfikator (Producent ALCON, model PEA PHA COMUL CIFIER, nr seryjny: 00048UN2); witrektom (Producent ALCON, model VISION SYSTEM, nr seryjny 1001948501X); nóż do witrektomii przedniej (nr seryjny 7247684); mikrodiatermia (Producent ALCON, model INFINITT VISION SYSTEM, nr seryjny 8065127501); sztuczne soczewki + wiskoelastik; laser okulistyczny argonowy (producent CARL ZEISS, model AMD PHP, nr seryjny 450-03-43-003). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „**Wymagania formalne**” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent – udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwie pytania. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium kompleksowości w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obydwu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (5,000 + 5,000) = 10,000 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferentowi, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium ciągłości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wycieszeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt.},$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytanie nr 1.10.1.1 (za 5 pkt po przeskalowaniu), a na drugie pytanie, nr 1.10.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając oferentowi 5 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium - ocenę **5,000 pkt.**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według **kryterium ceny**. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w zarządzeniu 54/2011/DSOZ ze zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,00 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferenta: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1 im. prof. Józefa Gasińskiego w Tychach, ul. Edukacji 102, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wyniosła 73,333 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 63,333). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

XIV. Oferent: SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, ul. Strzelców Bytomskich 11.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta w parametrze **personel** dokonana przez Komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$0 / 8 * 25 = 0,000 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej: „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego warunku.

W zakresie parametru „**Sprzęt i aparatura medyczna**”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „*Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?*”;
- nr 1.2.1.2: „*Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1) / 2 * 15 = 15,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta, w parametrze **sprzęt i aparatura medyczna**, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(1+0)/2 * 15 = 7,500 \text{ pkt.}$$

Oferent na pytanie nr 1.2.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie nr 1.2.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyyczny NDYAG (Producent CARLL-ZEISS, nr seryjny 808328) oraz laser argonowy (Producent CARLL-ZEISS, model 5327 nr seryjny 807843) potwierdziła zasadność udzielenia przez Oferenta ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 7,5 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze **„Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”**. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,
- s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 - przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Oferent na obydwa powyższe pytania udzielił odpowiedzi „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „*Zewnętrzna ocena jakości*”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „*Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?*”;
- nr 1.4.1.2: „*Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?*”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(0+2,5)/5 * 5 = 2,500 \text{ pkt}.$$

Oferent na pytanie nr 1.4.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, natomiast pytanie nr 1.4.1.2 – odpowiedzi ankietowej „TAK”. Zgodnie z powyższym, Komisja na podstawie oferty (dane identyfikacyjne) i „*Oświadczenia oferenta*” z 3 stycznia 2012 r. przyznała Oferentowi 2,5 punktu za spełnienie warunku.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „**Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ**” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Oferent udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” – na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym Oferent uzyskał w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium jakości w odniesieniu do oferty Oferent, biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (0,000+7,500+5,000+2,500+0,000) = 15,000 \text{ punktów.}$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **15,000 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym – zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. – ocenie podlegał parametr „Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego parametru brano była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi przez oferentów na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” - dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w kryterium dostępności był to jedyny oceniany parametr – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brano były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppk. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich

12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32*10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1+1+1+1+1+1+0+5+0+0+0)/32 * 10 = 3,438 \text{ pkt.}$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Oferent udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań 1.7.1.2, 1.7.1.3, 1.7.1.4, 1.7.1.5, 1.7.1.6 oraz 1.7.2.1 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Oferenta (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na **pyt. 1.7.3.2** wykazano w ofercie: lekarzy specjalistów posiadających doświadczenie w zabiegach okulistycznych, lekarzy anestezjologa na 13 godzin tygodniowo oraz sprzęt tj.: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent MOLLER-WEDEL, model 614 100, nr seryjny 354); fakoemulsyfikator (Producent ALCON POLSKA, model SYSTEM AQUA LASE, nr seryjny 0701120401) z mikrodiatermią oraz funkcją noża do witrektomii przedniej; sztuczne soczewki + wiskoelastik; laser okulistyczny NDYAG (Producent CARLL-ZEISS, nr seryjny 808328) oraz laser argonowy (Producent CARLL-ZEISS, model 5327 nr seryjny 807843). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 3,438 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;

- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta, dokonana przez Komisję parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na obydwa pytania. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w kryterium kompleksowości w odniesieniu dla oferty Oferenta, biorąc pod uwagę oceny z obydwu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (3,438+5,000) = 8,438 \text{ punktów}.$$

Oferta Oferenta otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **8,438 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Oferentowi, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium ciągłości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?”;
- nr 1.10.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania przez oferentów, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Oferenta dokonana przez komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt},$$

Oferent udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytanie nr 1.10.1.1 (za 5 pkt po przeskalowaniu), natomiast na pytanie nr 1.10.1.2 udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Oferenta potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając Oferentowi 5 punktów za spełnienie warunku.

W związku z powyższym i z uwagi na fakt, że w **kryterium ciągłości** jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Oferenta uzyskała w tym kryterium - ocenę **5,000 pkt**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według **kryterium ceny**. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł – było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów.}$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Oferenta, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,00 \text{ punktów.}$$

Tym samym oferta Oferenta otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Oferent: SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, ul. Strzelców Bytomskich 11, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wyniosła 43,438 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 33,438). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Oferenta, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

XV. Oferent: Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wincentego

Lipa 2.

W parametrze „Personel”, oferenci odpowiadali na jedno pytanie ankietowe z rozdziału 1.1 Personel, nr 1.1.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” oferent mógł uzyskać 8 punktów jednostkowych, co (po przeskalowaniu – waga „25”) dawało 25 punktów w ocenie niniejszego parametru. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytanie, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „25”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 25,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 8 / 8 * 25 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 25.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego, w parametrze personel dokonana przez Komisję na podstawie ww. pytania ankietowego przedstawiała się następująco:

$$0 / 8 * 25 = 0,000 \text{ pkt.}$$

Odwołujący na pytanie nr 1.1.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego kryterium.

W zakresie parametru „Sprzęt i aparatura medyczna”, oferenci odpowiadali na dwa pytania, zawarte w rozdziale 1.2, tj. na pytania:

- nr 1.2.1.1: „Czy oferent zapewnia laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji?”;
- nr 1.2.1.2: „Czy oferent zapewnia witrektom - w lokalizacji?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 7,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 15 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej (która w tym przypadku wynosiła „15”), oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 15,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (1+1) / 2 * 15 = 15,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze sprzęt i aparatura medyczna,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 15.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego w parametrze sprzęt i aparatura medyczna, dokonana przez Komisję na podstawie pytań ankietowych nr 1.2.1.1 i 1.2.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(1+0)/2 * 15 = 7,500 \text{ pkt.}$$

Odwołujący na pytanie nr 1.2.1.1 udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK, natomiast na pytanie nr 1.2.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, w której w zasobach został wykazany laser okulistyczny (Producent NIDEK, model GYC-1000, nr seryjny 11850) potwierdziła zasadność udzielenia przez Odwołującego ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 7,500 punktów za spełnienie powyższego warunku.

W dalszej kolejności oferty zostały ocenione pod względem zapewnienia warunków dotyczących pomieszczeń - w parametrze „Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń”. W niniejszym parametrze punktowane były dodatkowo odpowiedzi na trzy pytania:

- nr 1.3.1.1: „Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek?”;
- nr 1.3.1.2: „Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?”;
- nr 1.3.1.3: „Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych, przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za każde z ww. pytań oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym (co po przeskalowaniu dawało po 1,667 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za trzy pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „15”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3) / x_1 * s_1 = (1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wybrane parametry architektoniczne miejsc udzielania świadczeń,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję na pytania ankietowe nr 1.3.1.1, 1.3.1.2 i 1.3.1.3 – przedstawiała się następująco:

$$(1,667+1,667+1,667)/3 * 5 = 5,000 \text{ pkt.}$$

Odwołujący na powyższe pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty, na podstawie „Oświadczenia oferenta” z 3 stycznia 2012 r. uznała zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych, przyznając mu 5,000 punktów za spełnienie warunku.

W odniesieniu do parametru „Zewnętrzna ocena jakości”, punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe nr:

- nr 1.4.1.1: „Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?”;
- nr 1.4.1.2: „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?”.

Komisja nie wymagała przekazania do wglądu dokumentów potwierdzających udzielenie odpowiedzi na ww. pytania – wskazując, iż przy odpowiedzi „TAK” za każde ww. pytań oferent mógł uzyskać po 2,5 punktu jednostkowego (co po przeskalowaniu – waga „5”- dawało po 2,5 punktu za każde pytanie, tj. za każdy spełniony warunek). Za obydwa pytania oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na pytanie, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2,5+2,5)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję w ww. parametrze – na podstawie pytań ankietowych nr 1.4.1.1 i 1.4.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(0+0)/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt.}$$

Odwołujący na obydwa pytania udzielił odpowiedzi ankietowej „NIE”, a tym samym nie przyznano mu dodatkowych punktów za spełnienie powyższego kryterium.

Następnie oferty zostały ocenione pod kątem dotychczasowej współpracy z NFZ w parametrze „Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku, poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych

wystąpieniem pokontrolnym. Podkreślić jednak należy, że w przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek pytanie, w niniejszym parametrze można było uzyskać wyłącznie punkty ujemne.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze Odwołujący udzielił odpowiedzi ankietowych „NIE” na wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.5 (tj. od pytania 1.5.1.1 do pytania 1.5.6.2.). Tym samym uzyskał on w parametrze „wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ” 0,000 punktów.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w **kryterium jakości** w odniesieniu do oferty Odwołującego, biorąc pod uwagę uzyskane oceny ze wszystkich ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 50,000 punktów), było następujące:

$$y_j = (0,000 + 7,500 + 5,000 + 0,000 + 0,000) = 12,500 \text{ punktów.}$$

Oferta Odwołującego otrzymała w kryterium jakości łączną ocenę **12,500 punktów**. Taka też ocena punktowa, w kryterium jakości, została przypisana ofercie Odwołującego, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W następnej kolejności oferty zostały ocenione według **kryterium dostępności**, w którym - zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ z późn. zm. - ocenie podlegał parametr „**Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo**”.

Wskazać należy, że przy ocenie powyższego, brana była pod uwagę odpowiedź na pytanie ankietowe z rozdziału 1.6 – nr 1.6.1.1, o treści: „*Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie prawa budowlanego?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytanie, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za ww. pytanie oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych (co po przeskalowaniu – waga „5” – dawało 5 punktów za ww. pytanie, tj. za spełniony warunek). Za odpowiedź „NIE” na ww. pytanie nie przyznawano dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a_1 – liczba punktów uzyskanych w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Wskazać należy, że w niniejszym parametrze na pytanie ankietowe nr 1.6.1.1., Odwołujący udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, a tym samym – zgodnie z ww. wzorem, otrzymał w ocenie końcowej parametru 5,000 punktów. Z uwagi na fakt, że w **kryterium dostępności** był to jedyny oceniany parametr – oferta Odwołującego uzyskała w tym kryterium **5,000 punktów**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

W kryterium kompleksowości, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm., przy wyliczeniu punktacji brane były pod uwagę oceny z parametrów: „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” (rozdział 1.7 formularza ankietowego) i „wymagania formalne” (rozdział 1.8. formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 12 pytań ankietowych:

- nr 1.7.1.1: „Czy oferent zapewnia realizację badań RM - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.2: „Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.3: „Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.4: „Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.5: „Czy oferent zapewnia realizację badań histopatologicznych śródoperacyjnych - w lokalizacji?”;
- nr 1.7.1.6: „Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WR TK) w lokalizacji?”;
- nr 1.7.2.1: „Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?”;
- nr 1.7.3.1: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B01, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.5?”;
- nr 1.7.3.2: „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.4?”;
- nr 1.7.3.3: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowe wymagane dla realizacji świadczeń z grup T01, T02, T03, T04, T05, T06, T08, T09 wymienione w załączniku nr 3 ppkt od 32.9 - 32.10.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ?”;
- nr 1.7.3.4: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B04, B05, B06 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.6 - 32.7.2?”;
- nr 1.7.4.1: „Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń 5.52.01.0001476, 5.52.01.0001477, wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt. 32.8?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania (nie wymagając przy tym udokumentowania udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.6 i 1.7.2.1), wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” za pytania:

- od 1.7.1.1 do 1.7.2.1 oferent mógł uzyskać po 1 punkcie jednostkowym za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 0,3125 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek);
- od 1.7.3.1. do 1.7.4.1 oferent mógł uzyskać po 5 punktów jednostkowych za każde pytanie (co po przeskalowaniu dawało po 1,5625 punktu za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 12 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała za nie dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2+a_3+a_4+a_5+a_6+a_7+a_8+a_9+a_{10}+a_{11}+a_{12}) / x_1 * s_1 = (1+1+1+1+1+1+1+5+5+5+5+5) / 32 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję w parametrze „możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji” – biorąc pod uwagę wszystkie pytania ankietowe rozdziału 1.7, tj. od pytania 1.7.1.1 do pytania 1.7.4.1 - przedstawiała się następująco:

$$(0+1+0+1+0+1+0+0+5+0+0+0)/32 * 10 = 2,500 \text{ pkt.}$$

Odwołujący udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK” na pytania nr 1.7.1.2, 1.7.1.4 oraz 1.7.1.6 (po 0,3125 pkt. – po przeskalowaniu) i na pytanie nr 1.7.3.2 (po 1,5625 pkt. – po przeskalowaniu). Na pozostałe pytania Odwołujący udzielił odpowiedzi „NIE”. W przypadku pytań do 1.7.1.2, 1.7.1.4 oraz 1.7.1.6 – Komisja potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych na podstawie oświadczenia Odwołującego (ankieta) oraz weryfikacji tej części oferty, w której został wykazany sprzęt udostępniony do realizacji świadczeń. W odpowiedzi na pyt. 1.7.3.2 wykazano w ofercie: okulistę z doświadczeniem, lekarza anesteziologa na 11 godz. 22 min. tygodniowo oraz sprzęt: mikroskop operacyjny ze światłem osiowym (Producent MOELLER WEDEL, model 3010 (614105), nr seryjny 1443/96); fakoemulsyfikator z nożem do witrektomii (Producent ALCON, model LEGACY-EVEREST, nr seryjny 0401733501X); mikrodiatermia (Producent

ALCON, model LEGACY-EVEREST series 20000, nr 0401733501x), soczewki + wiskoelastyk; laser okulistyczny (Producent NIDEK, model GYC-1000, nr seryjny 11850). Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Odwołującego potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych przyznając mu 2,500 punktów za spełnienie warunków.

Wskazać należy, że w drugim parametrze w ramach kryterium kompleksowości, tj. „Wymagania formalne” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na dwa pytania ankietowe:

- nr 1.8.1.1: „Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego: 4920?”;
- nr 1.8.1.2: „Czy oferent posiada wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii?”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytanie:

- 1.8.1.1 oferent mógł uzyskać 2 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 2 punkty za spełniony warunek);
- 1.8.1.2 oferent mógł uzyskać 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało 3 punkty za spełniony warunek).

W parametrze „wymagania formalne” – przy założeniu spełnienia przez ofertę obydwu ww. warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 5 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „5”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 5,000 punktów, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (2+3)/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt.},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru wymagania formalne,

x₁ – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze wymagania formalne,

s₁ – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję w parametrze „wymagania formalne”, uwzględniające pytania ankietowe rozdziału 1.8, tj. pytania 1.8.1.1 i 1.8.1.2 - przedstawiała się następująco:

$$(2+0)/5 * 5 = 2,000 \text{ pkt.},$$

Odwołujący na pytanie nr 1.8.1.1. udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.8.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Odwołującego potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 2 punkty za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe, zsumowanie punktacji w **kryterium kompleksowości** w odniesieniu dla oferty Odwołującego, biorąc pod uwagę oceny z obydwu ww. parametrów (przy uwzględnieniu, że w tym kryterium oferta mogła uzyskać maksymalnie 15,000 punktów), było następujące:

$$y_d = (2,500 + 2,000) = 4,500 \text{ punktów.}$$

Oferta Odwołującego otrzymała w kryterium kompleksowości łączną ocenę **4,500 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium kompleksowości została przypisana ofercie Odwołującego, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

W **kryterium ciągłości**, zgodnie ze wzorem przedstawionym w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ z późn. zm., przy wyliczeniu punktacji brana była pod uwagę ocena z parametru „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” (rozdział 1.10.1 formularza ankietowego).

Wskazać należy, że w parametrze „**Ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach**” punktowane były dodatkowo odpowiedzi na 2 pytania ankietowe:

- nr 1.10.1.1: „*Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1600 poradnia okulistyczna?*”;
- nr 1.10.1.2: „*Czy oferent posiada wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry?*”.

Komisja weryfikowała zasadność udzielonych przez oferentów odpowiedzi na ww. pytania, wskazując iż przy uznaniu odpowiedzi „TAK” na pytania 1.10.1.1 i 1.10.1.2 oferent mógł uzyskać po 3 punkty jednostkowe (co po przeskalowaniu dawało po 5 punktów za każde ww. pytanie, tj. za każdy spełniony warunek).

W parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – przy założeniu spełnienia przez ofertę wszystkich 2 warunków, oferent mógł uzyskać w ocenie łącznej niniejszego parametru nawet 10 punktów. Natomiast w przypadku odpowiedzi „NIE” na ww. pytania, oferta nie uzyskiwała dodatkowych punktów.

W związku z powyższym i po zastosowaniu wagi skalującej, która w tym przypadku wynosiła „10”, oferent mógł uzyskać w niniejszym parametrze maksymalnie 10,000 punktów. Powyższe wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., tj.:

$$(a_1+a_2) / x_1 * s_1 = (3+3)/6 * 10 = 10,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a – liczba punktów uzyskanych w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach,
- s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 10.

Zgodnie z powyższym wzorem, ocena oferty Odwołującego dokonana przez Komisję w parametrze „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach”, uwzględniająca obie odpowiedzi na pytania ankietowe rozdziału 1.10.1, tj. pytanie 1.10.1.1 i 1.10.1.2 – przedstawiała się następująco:

$$(3+0)/6 * 10 = 5,000 \text{ pkt},$$

Odwołujący na pytanie nr 1.10.1.1. udzielił odpowiedzi ankietowej „TAK”, natomiast na pytanie 1.10.1.2 – odpowiedzi ankietowej „NIE”. Komisja badając zgodność udzielonych odpowiedzi na ww. pytania z treścią oferty Odwołującego potwierdziła zasadność udzielenia ww. odpowiedzi ankietowych (wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), przyznając mu 5 punktów za spełnienie warunku.

Mając na uwadze powyższe i z uwagi na fakt, że w kryterium ciągłości jedynym ocenianym parametrem była „ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego w innych rodzajach lub zakresach” – oferta Odwołującego uzyskała w tym kryterium - ocenę **5,000 pkt**, co potwierdza ranking końcowy z dnia 24 stycznia 2012 r.

Następnie oferty zostały ocenione według kryterium ceny. Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do Zarządzenia 54/2011/DSOZ z późn. zm., podstawą do oceny według kryterium ceny jest porównanie ceny jednostki rozliczeniowej, zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji, do ceny oczekiwanej przez NFZ.

W tym miejscu wskazać należy, iż cena oczekiwana za jednostkę rozliczeniową w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, ustalona została przez ŚOW NFZ na poziomie 52,00 zł. Jednocześnie należy w tym miejscu przypomnieć, że ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez ŚOW NFZ.

W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 punktom, zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi w Zarządzeniu 54/2011/DSOZ z późn. zm., oferent mógł uzyskać za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta byłaby mniejsza od ceny minimalnej, to liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Natomiast, zaproponowanie przez oferenta ceny za świadczenia w wysokości ceny oczekiwanej, skutkuje otrzymaniem dwa razy mniejszej wartości punktowej, niż możliwa maksymalna liczba punktów do uzyskania w zakresie danego postępowania konkursowego. Dla przedmiotowego postępowania cena minimalna C_{min} (przy cenie oczekiwanej 52,00 zł) wyniosła 46,80 zł, a cena maksymalna C_{maks} 57,20 zł.

Wskazać należy, że wyliczenie punktacji w kryterium ceny, przy założeniu podania przez oferenta ceny za jednostkę rozliczeniową, w wysokości równej cenie oczekiwanej, tj. 52,00 zł - było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów}.$$

Zgodnie z powyższym wzorem wyliczenie punktacji w kryterium ceny dla oferty Odwołującego, przy wskazaniu iż podał on w ofercie cenę 52,00 zł za jednostkę rozliczeniową było następujące:

$$y_c = \{20 \times [(1,1 \times 52,00) - 52,00]\} / [(1,1 \times 52,00) - (0,9 \times 52,00)] = 20 \times [5,20/10,40] = 10,000 \text{ punktów}.$$

Tym samym oferta Odwołującego otrzymała w kryterium ceny ocenę **10,000 punktów**. Taka też ocena punktowa w kryterium ceny została przypisana ofercie Odwołującego, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Mając na uwadze wszystkie powyższe szczegółowe wyliczenia, zbiorcza ocena oferty Odwołującego: Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wincentego Lipa 2, w wyniku zsumowania wszystkich kryteriów cenowych i niecenowych, wynosiła 37,000 punktów (w tym: za kryteria cenowe 10,000 i za niecenowe 27,000). Taka też ocena łączna została przypisana ofercie Odwołującego, w rankingu końcowym z dnia 24 stycznia 2012 r.

Biorąc pod uwagę powyższe, należy uznać, że prawidłowa była liczba punktów przyznanych poszczególnym ofertom w ramach kryteriów oceny branych pod uwagę zgodnie z obowiązującymi przepisami w przedmiotowym postępowaniu. Jak wskazano powyżej, oferta Odwołującego zajęła przedostatnią, 14 pozycję w rankingu końcowym ofert. Wskazana w ogłoszeniu wysokość środków finansowych pozwoliła na wybór ofert od pozycji 1 do 11 w rankingu końcowym.

Rozpatrując zarzut przedstawiony przez Odwołującego w odwołaniu dotyczący braku umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w art. 17 ust.1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zawartych przez podmioty składające oferty wskazane pod pozycjami 1-3 i 6-9 w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania, a tym samym nie spełnienie przez nie obowiązku nałożonego przepisami powszechnie obowiązującymi, które winno skutkować odrzuceniem ich ofert, należy wskazać że ww. ustawa o działalności leczniczej weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r. W art. 206 ustawodawca przewidział jednak 12-miesięczny okres dostosowawczy dla podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie ustawy. Tak więc w przypadku podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej w dniu 1 lipca 2011 r. wynikający z art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych dla podmiotów prowadzących szpital rozpoczął się z dniem 30 czerwca 2012 r., a więc po terminie ogłoszenia postępowania konkursowego, terminie składania ofert i po terminie rozstrzygnięcia postępowania.

Na podstawie włączonych do akt niniejszego postępowania wydruków z elektronicznego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, odzwierciedlających wpisy w księdze rejestrowej Dyrektor Śląskiego OW NFZ stwierdza, że spośród świadczeniodawców, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu, tylko oferent – EuroMedic Medical Center z siedzibą w Katowicach przy ul. Kościuszki 92 – uzyskał rejestrację w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej i rozpoczął działalność po 1 lipca 2011 r., czyli dacie wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej. Ze względu na wskazany okres dostosowawczy pozostałe (poza EuroMedic Medical Center) podmioty biorące udział w postępowaniu nie miały obowiązku posiadać umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, wymaganych na podstawie art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Oferent EuroMedic Medical Center nie złożył w swojej ofercie kopii umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych ani też żadnego oświadczenia w tej kwestii. Również w księdze rejestrowej brak jest informacji na temat zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

Należy wskazać, że obowiązek posiadania umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w art. 17 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej przesunięty został w czasie najpierw do dnia 1 stycznia 2014 r. a następnie do dnia 1 stycznia 2016 r. Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy

o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 29 czerwca 2012 r.) w art. 11 stanowiła:
„1. Przepisy art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b, art. 25 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 oraz art. 108 ust. 1 pkt 3 w zakresie dotyczącym art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy, o której mowa w art. 1, oraz art. 25 ust. 1a-1f ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się od dnia 1 stycznia 2014 r.

2. W okresie do dnia 31 grudnia 2013 r. podmiot leczniczy prowadzący szpital może zawrzeć umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W takim przypadku przepis art. 25 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, stosuje się.

3. W przypadku określonym w ust. 1 obowiązek określony w art. 25 ust. 2 ustawy, o której mowa w art. 1, powstaje z dniem 1 stycznia 2014 r.

4. Wszczęte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy postępowania w sprawie wykreślenia podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z powodu niespełnienia wymogu określonego w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy, o której mowa w art. 1, podlegają umorzeniu z mocy prawa.

5. Do dnia 31 grudnia 2013 r. nie podlega odrzuceniu w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oferta złożona przez oferenta nie spełniającego wyłącznie warunku określonego w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy, o której mowa w art. 1.”

Natomiast ustawa z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 6 listopada 2013 r.) w art. 3 wprowadziła zmianę w ustawie z dnia 14 czerwca 2012 r. o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742) nadając art. 11 ust. 1-3 tej ustawy brzmienie:

„1. Przepisy art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b, art. 25 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 oraz art. 108 ust. 1 pkt 3 w zakresie dotyczącym art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy, o której mowa w art. 1, oraz art. 25 ust. 1a-1f ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się od dnia 1 stycznia 2016 r.

2. W okresie do dnia 31 grudnia 2015 r. podmiot leczniczy prowadzący szpital może zawrzeć umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W takim przypadku przepis art. 25 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, stosuje się.

3. W przypadku określonym w ust. 1 obowiązek określony w art. 25 ust. 2 ustawy, o której mowa w art. 1, powstaje z dniem 1 stycznia 2016 r.”.

W toku postępowania konkursowego Komisja Konkursowa postępowała zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i mającymi zastosowanie zarządzeniami Prezesa NFZ, z których wszystkie wskazane były w ogłoszeniu postępowania i znane oferentom przystępującym do konkursu ofert. Dokumenty wymagane do złożenia wraz z ofertą określone zostały w § 13 Zarządzenia Nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.) – w zarządzeniu wskazany jest obowiązek złożenia kopii polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy. Zgodnie z zarządzeniem, oferent mógł również złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. W zarządzeniu nie jest natomiast wskazany wymóg złożenia wraz z ofertą kopii umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, zawartej przez oferenta lub też innego dokumentu na tę okoliczności, takiego jak promesa, oświadczenie, itp. Z tego względu Komisja Konkursowa nie była uprawniona do weryfikacji faktu posiadania przez oferentów umowy ubezpieczenia wskazanej w art. 17

ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i nie mogła żądać od oferentów jakichkolwiek dokumentów czy też wyjaśnień w tej sprawie.

Wskazać należy, że zgodnie z art. 100 ustawy o działalności leczniczej podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z oświadczeniem następującej treści: *"Oświadczam, że: 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą; 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654)."* Do wniosku dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej (z zastrzeżeniem art. 25 ust. 3). Zgodnie z ust. 3 art. 25 ustawy o działalności leczniczej kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1 tego artykułu, przekazać organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela. Organem prowadzącym rejestr w odniesieniu do podmiotów leczniczych jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego (art. 106 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej).

Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy o działalności leczniczej i przepisami wydanymi na jej podstawie. Uprawniony jest również do wydania decyzji dotyczącej wykreślenia wpisu z rejestru w przypadku naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem.

Na podstawie przepisów obowiązujących w trakcie trwania przedmiotowego postępowania Komisja Konkursowa nie była uprawniona do weryfikacji faktu posiadania przez oferentów umowy ubezpieczenia wskazanej w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i nie mogła żądać od oferentów jakichkolwiek dokumentów czy też wyjaśnień w tej sprawie. Dyrektor Śląskiego OW NFZ również nie jest organem właściwym do weryfikacji spełniania przez podmioty lecznicze warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wskazać w tym miejscu jeszcze raz należy, że wszczęte przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw postępowania w sprawie wykreślenia podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą z powodu niespełnienia wymogu określonego w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy o działalności leczniczej podlegały umorzeniu z mocy prawa. W art. 11 ust. 5 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, ustawodawca wyraźnie wskazał, że do dnia 31 grudnia 2013 r. nie podlega odrzuceniu w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oferta złożona przez oferenta nie spełniającego wyłącznie warunku określonego w art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy o działalności leczniczej.

W celu ustalenia czy w czasie prowadzenia postępowania konkursowego nr 12-12-000771/LSZ/03/1/1 EuroMedic MEDICAL CENTER posiadał umowę ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, określonych w przepisach o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta, Dyrektor Śląskiego OW NFZ pismem z dnia 6 listopada 2015 r. zwrócił się do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą t.j. Wojewody Śląskiego o przekazanie informacji czy podmiot EuroMedic Medical Center posiadał w/w umowę w okresie od 1.01.2012 r. do dnia 30.06.2012 r. t.j. do dnia wejścia w życie ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia

29 czerwca 2012 r.), która przesuwala termin obowiazku posiadania przedmiotowego ubezpieczenia na dzien 1 stycznia 2014 r. Poprosil rowniez o przekazanie kopii dokumentu potwierdzajacego ten fakt w przypadku posiadania przez podmiot EuroMedic Medical Center przedmiotowego ubezpieczenia.

Pismem z dnia 17 listopada 2015 r., ktore wplynelo do Slaskiego OW NFZ w dniu 24 listopada 2015 r. podpisanym z upowaznienia Wojewody Slaskiego przez Z-ce Dyrektora Wydzialu Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej poinformowano Dyrektora Slaskiego OW NFZ, iz „...EuroMedic Medical Center jest przedsiebiorstwem podmiotu leczniczego pn. Tomasz Ludyga. Do organu rejestrowego nie zostala przedlozona umowa ubezpieczenia na rzecz pacjentow z tytuliu zdarzen medycznych za okres od 01.01.2012 r. do 30.06.2012 r. Do akt rejestrowych zostalo zlozone oswiadczenie podmiotu leczniczego Pana Tomasza Ludygi z dnia 17 lutego 2012 r. o rozpoczeciu procedury w PZU o zawarcie ubezpieczenia z tytuliu zdarzen medycznych.”

Podkrelenia wymaga jeszcze raz, iz przedmiotem badania w postepowaniu wszczetym na skutek wniesionego odwolania jest zbadanie czy rozstrzygnięcie postepowania dokonane przez Komisje zostalo podjete z naruszeniem zasad postepowania i czy wskutek tego doszlo do uszczerbku w interesie prawnym Odwolujacego. Do uszczerbku za interesu prawnego uczestnika postepowania dojsc moze w owczas, gdy naruszenie zasad postepowania tj. konkretnego przepisu przez podmiot prowadzacy postepowanie, ma wplyw na ocene mozliwosci zawarcia umowy.

Jak juz stwierdzono powyzej prawidlowa byla liczba punktow przyznanych poszczegolnym ofertom w ramach kryteriow oceny branych pod uwage zgodnie z obowiazujacymi przepisami w przedmiotowym postepowaniu. Oferta Odwolujacego zajela przedostatnia, 14 pozycje w rankingu koncowym ofert. Komisja dokonala wyboru oferentow w kolejnosci zgodnej z pozycja w rankingu koncowym do wyczerpania lacznej wartosci postepowania, co pozwolilo na wybor jedenastu oferentow. Zakladajac, ze oferta EuroMedic Medical Center, ktora zajela pierwsza pozycje w rankingu koncowym podlegalaby odrzuceniu, to nie doprowadziloby to do wyboru oferty Odwolujacego do zawarcia umowy. Pomiedzy ostatnia wybrana jedenasta pozycja, na ktorej znalazla sie oferta Okregowego Szpitala Kolejowego w Katowicach (wartosc zlozonej oferty 11 721 216 zl, natomiast zawarta z tym Oferentem umowa opiewala na 1 424 800 zl) a czternasta pozycja oferty Odwolujacego znajduja sie jeszcze dwie oferty: NZOZ Szpitala w Pszczynie (wartosc oferty 4 223 466 zl) oraz SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie (wartosc oferty 2 760 420 zl). Tak wiec ewentualne odrzucenie oferty zajmujacej pierwsza pozycje w rankingu koncowym (wartosc umowy 7 500 000 zl) nie doprowadziloby do wyboru oferty Odwolujacego z powodu dysproporcji pomiedzy wartoscia oferty a wartoscia umowy zawartej z zajmujacym jedenasta pozycje w rankingu Okregowym Szpitalem Kolejowym (roznicza 8 960 796 zl) oraz wielkoscia dwuch ofert zaklasyfikowanych w rankingu powyzej pozycji Odwolujacego (4 223 466 + 2 760 420 zl) co daje laczna wartosc 15 944 682 zl.

Nalezy wskazac, ze zgodnie z art. 134 ustawy Fundusz jest zobowiazany zapewnic rowne traktowanie wszystkich swiadczeniodawcow ubiegajacych sie o zawarcie umowy o udzielanie swiadczen opieki zdrowotnej i prowadzic postepowanie w sposob gwarantujacy zachowanie uczciwej konkurencji. Zasada rownego traktowania swiadczeniodawcow przejawia sie w stosowaniu takich samych kryteriow do wszystkich swiadczeniodawcow bioracych udzial w danym postepowaniu.

Rowne traktowanie swiadczeniodawcow z cala pewnoscia powinno dotyczyc zarowno wymagan, jakie musza byc spelnione przez swiadczeniodawcow celem zawarcia umowy o udzielenie swiadczen opieki zdrowotnej, jak i zakresu obowiazkow okreslonych w umowie i odpowiadajacego im wynagrodzenia.

Wielokrotnie wypowiadał się w tym zakresie Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wskazując m.in. w wyroku z dnia 27 lutego 2012 r. VI SA/Wa 1854/11, że owa zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jaki muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia z nimi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd zważył również, że zasady równego traktowania określone są w zarządzeniach wydanych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 126 ustawy, które ustalają przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert, oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Natomiast w wyroku z dnia 22 listopada 2006 r. VII SA/Wa 1391/06 Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wskazał, że zgodnie z art.134 ustawy Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Aby zapewnić te wymogi Fundusz jest obowiązany udostępnić na takich samych zasadach wszystkim świadczeniodawcą wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem.

Komisja Konkursowa kierowała się w swoich pracach przepisami wskazanymi w ogłoszeniu postępowania, stosując te same zasady i kryteria wobec wszystkich oferentów. Komisja Konkursowa zatem prawidłowo uznała, że wszystkie oferty złożone w niniejszym postępowaniu spełniały warunki wymagane i nie podlegają odrzuceniu.

Jak już była mowa powyżej obowiązkiem organu w ramach procedury uruchamianej wskutek środków odwoławczych o których mowa w art. 154 ustawy jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym czy we wcześniejszej nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Zakres kontroli związany jest ściśle z pojęciem uszczerbku interesu prawnego, powstałego w wyniku naruszenia przepisów prawa, a do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania przez podmiot prowadzący postępowanie ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 marca 2002 r., sygn. akt IV SA 1132/00, wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 stycznia 2012 r., sygn. akt IV SA/Wa 1754/11, wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 28 listopada 2011 r., sygn. akt IV SA/Wa 1813/11). Posiadanie interesu związane jest z oceną czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że świadczeniodawca pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy. Jak wykazano powyżej ewentualne odrzucenie oferty Euromedic Medical Center nie doprowadziłoby do wyboru oferty Odwołującego dlatego w tym zakresie nie można uznać by interes prawny Odwołującego doznał uszczerbku.

Odnośnie pozostałych zarzutów podniesionych na wcześniejszych etapach postępowania, Dyrektor Śląskiego OW NFZ podtrzymuje wyjaśnienia przedstawione już przez organy I i II instancji, a mianowicie:

- w odniesieniu do zarzutu nie zaproszenia Odwołującego do negocjacji cenowych należy wyjaśnić, że Komisja Konkursowa zaprosiła do negocjacji tych 11 oferentów, którzy w kryteriach pozacenowych uzyskali co najmniej 37,813 punktów. Oferta Odwołującego w kryteriach pozacenowych uzyskała 27,000 pkt, zaś za cenę przedstawioną w ofercie – 10 pkt na 20 pkt możliwych. Z tego względu Odwołujący nie został zaproszony do udziału w negocjacjach, gdyż nawet uzyskanie maksymalnej

liczby punktów za cenę w przypadku jej zmiany w trakcie negocjacji nie pozwoliłoby na zmianę pozycji oferty Odwołującego w rankingu końcowym ofert, zaś liczba oferentów zaproszonych do negocjacji pozwoliła na zakontraktowanie odpowiedniej liczby świadczeń i wyczerpanie puli finansowej przewidzianej w konkursie;

- w odniesieniu do zarzutu dotyczącego nie wskazania Zarządzenia Nr 77/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 października 2011 roku zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w treści ogłoszenia o postępowaniu nr 12-12-000771/LSZ/03/1/1 należy stwierdzić, że zarzut ten jest nieprawdziwy, gdyż ww. zarządzenie wymienione jest w ogłoszeniu, co potwierdza kopia ogłoszenia włączona w akta sprawy;
- odnośnie zarzutu naruszenia art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy przez kryteria dodatkowo oceniane należy wyjaśnić, że kryteria oceny ofert i zasady przeprowadzenia konkursu ofert zostały przedstawione oferentom w ogłoszeniu o zamówieniu. Ogłoszenie zawierało kompletne informacje o aktach prawnych i przepisach, w oparciu o które przeprowadzony był konkurs ofert, a także ocena i wybór ofert. Do obowiązków Odwołującego należało zapoznanie się ze wskazanymi przepisami. Kryteria oceny ofert i zasady przeprowadzenia konkursu były zatem jawne i znane uczestnikom postępowania przed złożeniem ofert. Uwagi dotyczące warunków wymaganych od świadczeniodawców mogą być zgłaszane na etapie konsultacji projektu takich warunków, natomiast ustalone przez Prezesa NFZ są wiążące w danym postępowaniu (por. wyrok WSA w Warszawie z dnia 23 stycznia 2007 r., sygn.. akt VII SA/Wa 950/06);
- odnośnie zarzutu dotyczącego przekroczenia ustawowego terminu rozpatrzenia odwołania należy stwierdzić, że na podstawie art. 36 Kodeksu postępowania administracyjnego Odwołujący został poinformowany o przedłużeniu terminu wydania decyzji administracyjnej przez organ I instancji do dnia 1 marca 2012 r., a decyzja została wydana z dniem 29 lutego 2012 r. a więc bez przekroczenia terminu. Na marginesie tego wyjaśnienia należy zauważyć, że po ponownym podjęciu postępowania przez organ I instancji postępowanie zostało początkowo przedłużone do 31.07.2015 r., a następnie na wniosek Pełnomocnika Odwołującego – do 31.08.2015 r., o czym Odwołujący, a później jego Pełnomocnik zostali poinformowani pisemnie;
- zarzut naruszenia art. 44 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych uznano za bezzasadny z uwagi na fakt, że Śląski OW NFZ działał zgodnie z zatwierdzonym planem finansowym na 2012 rok, nie przekraczając kwot zaplanowanych w tym planie.

Podsumowując powyższe ustalenia należy stwierdzić, że w toku postępowania Komisja Konkursowa postępowwała zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa i mającymi zastosowanie zarządzeniami Prezesa NFZ, z których wszystkie wskazane były w ogłoszeniu postępowania i znane oferentom przystępującym do konkursu ofert. Komisja Konkursowa kierowała się w swoich pracach przepisami wskazanymi w ogłoszeniu postępowania, stosując te same zasady i kryteria wobec wszystkich oferentów i dlatego też w niniejszej sprawie nie można uznać, iż interes prawny Odwołującego doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z tego względu postanowiono jak na wstępie decyzji.

POUCZENIE

W oparciu o art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm. w brzmieniu obowiązującym w dacie wniesienia odwołania) od niniejszej decyzji stronie przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach

Ewa Momot
.....
-1-
Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

- 1) Pan Tomasz Grabowski -adwokat, Kancelaria Radcowsko-Adwokacka LEGE MEDICINAE Grabowski i Cnota spółka komandytowo-akcyjna, ul. Dworcowa 1/1, 41-500 Chorzów - pełnomocnik Odwołującego
- 2) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
- 3) Wydział Ekonomiczno-Finansowy,
- 4) Wydział Organizacyjny, Kadr i Szkoleń a/a.

Działu Organizacyjno-Prawnego
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach

Agata Bajer

RADCA PRAWNY

mgr Aleksandra Obarska
2. X 2014, 1593