

Katowice, dnia 26.04.2019 r.

**DYREKTOR**  
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w KatowicachZnak sprawy: **WOKS-I.422.24.2019**Znak pisma: **WOKS-I.W.110.PP.2019****DECYZJA Nr 12-2968/OD-26/WOKS/2019**

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 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą oraz art. 104, 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez Geo Medical Sp. z o.o., ul. Bartosza Głowackiego 10, 30-085 Kraków, zwanego dalej „Odwołującym”, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.07.2019 r. do 30.06.2024 r., kod postępowania: 12-19-000144/AOS/02/3/02.7250.072.02/01, w rodzaju świadczeń ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM), przy udziale stron:

1. Centrum Medyczne Enel-Med S.A., 00-195 Warszawa, ul. Zygmunta Stomińskiego 19/524
2. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35
3. Mediskan, 40-872 Katowice, ul. Zawiszy Czarnego 7a
4. HELIMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa, 40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65

**Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ orzeka:****oddalić odwołanie**

## UZASADNIENIE

W dniu 16.10.2018 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił prowadzone w trybie konkursu ofert postępowanie poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.07.2019 r. do 30.06.2024 r., kod postępowania: 12-19-000144/AOS/02/3/02.7250.072.02/01, w rodzaju świadczeń ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze obejmującym m. Katowice. W ogłoszeniu podano wartość zamówienia nie większą niż 3.852.470,00 zł. Oferty w przedmiotowym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 13.11.2018 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. W postępowaniu ogółem złożono 10 ofert. Odwołujący ofertę nr 12-19-000144/AOS/02/3/02.7250.072.02/01/10/0402 złożył w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert oraz potwierdziła spełnienie przez wszystkich Oferentów wymagań określonych w przepisach prawa stwierdzając, że oferty braków formalnych nie zawierają. W części niejawnej postępowania, działając na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm.), Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego nie została wybrana. W dniu 22.03.2019 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie postępowania, dokonując wyboru 4 ofert na 5 miejsc udzielania świadczeń.

Odwołujący złożył odwołanie w terminie, tj. 29.03.2019 r., podnosząc w nim następujące zarzuty:

- naruszenie art. 148 oraz art. 149 ust. 1 pkt 2 i 7 ustawy, które przewidują, iż odrzuca się oferty zawierające nieprawdziwe informacje oraz oferty nie spełniające wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy,
- naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Zarządzenia Nr 22/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.), Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.), zarządzenia wewnętrznego Dyrektora Śląskiego OW NFZ nr 179/2015 w sprawie wprowadzenia zasad weryfikacji oferentów uczestniczących

w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W uzasadnieniu do złożonego odwołania, Odwołujący podniósł w szczególności, iż w postępowaniu konkursowym doszło do naruszenia sformułowanych przez ustawę oraz Prezesa NFZ zasad przeprowadzania konkursów w zakresie oceny jakości, kompleksowości oraz dostępności usług medycznych, a oferty złożone przez Mediskan Sp. z o. o. oraz Centrum Medyczne Enel-Med S.A. zostały ocenione w sposób nieprawidłowy i niezgodny z treścią obowiązujących warunków konkursowych. Odwołujący pod wątpliwość poddaje możliwość spełnienia przez ww. oferentów warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Dalej Odwołujący zwrócił uwagę, iż zarówno w dacie składania oferty, jak i dacie rozstrzygnięcia konkursu Geo Medical Sp. z o.o. i Mediskan Sp. z o.o. nie posiadali wcześniej zawartej umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM). Uwzględniając powyższe, w opinii Odwołującego brak jest faktycznych możliwości, by konkurencyjne oferty przewidywały taką jakość, kompleksowość oraz dostępność usług, jak warunki udzielania świadczeń zaoferowane przez Geo Medical Sp. z o.o. Zdaniem Odwołującego, oferta przez niego złożona była korzystniejsza a postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone w sposób wadliwy i jego rozstrzygnięcie nie może się ostać w obrocie prawnym.

Do Stron niniejszego postępowania skierowano pismo informujące o wynikającym z art. 10 ustawy kodeks postępowania administracyjnego prawie wglądu do dokumentów i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów, materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołujący z uprawnienia tego nie skorzystał, choć uczyniły to niektóre z pozostałych Stron postępowania odwoławczego.

Rozpatrując odwołanie, należy podkreślić, że Dyrektor Oddziału bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję Konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się. Odwołujący, jako uczestnik postępowania konkursowego o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, którego oferta nie została w tym postępowaniu wybrana, niewątpliwie posiada interes prawny we wniesieniu odwołania.

Oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, Oferenci przystępujący do postępowania winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, spełnić w szczególności wymagania określone m.in. w:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1146 z późn. zm.),
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm),

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 6 listopada 2013 r. (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 357),
- Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.),
- Zarządzeniu Nr 22/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.).

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o wskazane wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ogłoszenie o konkursie zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ. Nadto ich treść była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ, jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, oceny ofert dokonuje się według kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Rozporządzenie wskazuje szczegółowo parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładny sposób oceny oferty pod względem kryterium ceny. Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 10 ofert. W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, jak również przeprowadziła kontrole u 8 Oferentów, którzy do tej pory nie realizowali świadczeń na podstawie umowy w zakresie będącym przedmiotem konkursu ofert. Podczas kontroli upoważnieni przedstawiciele Komisji Konkursowej dokonali porównania danych zawartych w ofertach, dotyczących personelu, miejsca wykonywania świadczeń i zasobów sprzętowych ze stanem faktycznym, co zostało odnotowane w załącznikach do protokołów kontroli. W wyniku tej kontroli Komisja Konkursowa stwierdziła, że wszystkie oferty spełniają warunki wymagane w postępowaniu konkursowym.

10 ofert, jako spełniających wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, zostało zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania. Podkreślić należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na podstawie art. 148 ustawy na dokonanie jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego należy wskazać, że Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert według kryteriów określonych w ww. rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert. Zgodnie z jego treścią, oceny ofert dokonuje się według następujących kryteriów: jakość, dostępność,

kompleksowość, ciągłość, cena i inne kryterium. Kryteria te oraz zasady oceny mają charakter obiektywny, są znane wszystkim oferentom w chwili wszczęcia postępowania konkursowego. Ocenie podlegały poszczególne odpowiedzi w ankiecie ofertowej, wskazujące czy oferent spełnia w dniu składania oferty określone wymagania. Zgodnie z rozporządzeniem oferta mogła uzyskać:

- w kryterium jakość - razem maksymalnie 40 punktów,
- w kryterium kompleksowość - maksymalnie 14 punktów,
- w kryterium dostępność - maksymalnie 11 punktów,
- w kryterium ciągłość - maksymalnie 23 punkty,
- w kryterium inne - maksymalnie 2 punkty,
- w kryterium cena - maksymalnie 10 punktów.

Każda z ofert mogła uzyskać maksymalnie 100 punktów, w tym 10 punktów za cenę oraz łącznie 90 punktów za kryteria niecenowe.

Ocena oferty Odwołującego w porównaniu do oceny ofert wskazanych w odwołaniu oferentów, tj. Mediskan Sp. z o.o. oraz Centrum Medyczne Enel-Med S.A w przedmiotowym postępowaniu przedstawiała się następująco:

Oferta Mediskan Sp. z o.o. z łączną liczbą punktów oceny 59,00 dla wykazanego w ofercie miejsca udzielania świadczeń pracownia RM, Katowice, ul. Zawiszy Czarnego 7a, uplasowała się na 4 pozycji w rankingu końcowym, na co złożyła się następująca liczba punktów:

I. Kryterium jakość - 36,00 pkt na 40,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków lub ich brak:

1. Tabela nr 2 - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) część wspólna:

a) w kategorii pozostałe warunki:

- oferent zadeklarował certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty,
- oferent nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,
- oferent zadeklarował prowadzenie historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 3 punkty.

2. Tabela nr 3 - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK):

a) w kategorii personel:

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

b) w kategorii sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

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

c) w kategorii realizacja wybranych świadczeń:

- oferent zadeklarował realizację w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w który ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925), RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926), badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913), spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co otrzymał 11 punktów,

d) w kategorii pozostałe warunki

- oferent nie zadeklarował zapewnienia dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co nie otrzymał punktów,

II. Kryterium kompleksowość - 2,00 pkt na 14,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków:

1. Tabela nr 2 - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) część wspólna:

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

2. Tabela nr 3 - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK):

a) w kategorii zapewnienie badań i zabiegów:

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

III. Kryterium dostępność - 11,00 pkt na 11,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków wskazanych wyłącznie w Tabeli nr 2:

- a) oferent zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin., za co otrzymał 8 punktów,
- b) oferent zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt,
- c) oferent zadeklarował odrębną aplikację służącą do realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2 punkty.

IV. Kryterium ciągłość - 0,00 pkt na 23,00 pkt możliwych do uzyskania, wskazanych wyłącznie w Tabeli nr 2, co wiąże się z ustaleniem, że Oferent w dniu złożenia oferty:

- a) nie realizuje na postawy umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- b) nie realizuje na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 5 lat lub od 10 lat , za co nie otrzymał punktów.

V. Kryterium inne - 0,00 pkt na 2,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miał wpływ brak spełnienia poniższego warunku wskazanego wyłącznie w Tabeli nr 2:

- a) współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31 Ic ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów,
- b) wskazał odpowiedź „nie dotyczy” w zakresie pytania o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1pkt 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

VI. Kryterium cena - 10,00 pkt na 10,00 pkt możliwych do uzyskania.

W zakresie kryterium ceny Mediskan Sp. z o.o. w trakcie negocjacji obniżył cenę jednostki rozliczeniowej do poziomu 0,90 zł, za co otrzymał 10 punktów w dokonywanej ocenie oferty zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia.

Oferta Centrum Medyczne Enel-Med S.A z łączną liczbą punktów oceny 57,00 dla wykazanego w ofercie miejsca udzielania świadczeń pracownia RM, Katowice, ul. Zygmunta Słomińskiego 19/524, uplasowała się na 5 pozycji w rankingu końcowym, na co złożyła się liczba punktów:

I. Kryterium jakość - 34,00 pkt na 40,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków lub ich brak:

1. Tabela nr 2 - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) część wspólna:

a) w kategorii pozostałe warunki:

- oferent pierwotnie zadeklarował certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, po przeanalizowaniu stanu faktycznego decyzją Komisji Konkursowej dokonano techniczną zmianę odpowiedzi z „tak” na „nie” udzielonej na pytanie numer 1.2.5.2 formularza ankietowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów,
- oferent nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów
- oferent zadeklarował prowadzenie historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 3 punkty,

2. Tabela nr 3 - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK):

a) w kategorii personel:

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

b) w kategorii sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

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

c) w kategorii realizacja wybranych świadczeń:

- oferent zadeklarował realizację w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w który ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925), RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926),



badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913), spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co otrzymał 11 punktów,

d) w kategorii pozostałe warunki:

- oferent nie zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co nie otrzymał punktów,

II. Kryterium kompleksowość - 2,00 pkt na 14,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków:

1. Tabela nr 2 - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) część wspólna:

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

2. Tabela nr 3 - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK):

a) w kategorii zapewnienie badań i zabiegów:

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

III. Kryterium dostępność - 11,00 pkt na 11,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków wskazanych wyłącznie w Tabeli nr 2:

- a) oferent zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin., za co otrzymał 8 punktów,
- b) oferent zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt,
- c) oferent zadeklarował odrębną aplikację służącą do realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2 punkty.

IV. Kryterium ciągłość - 0,00 pkt na 23,00 pkt możliwych do uzyskania, wskazanych wyłącznie w Tabeli nr 2, co wiąże się z ustaleniem, że Oferent w dniu złożenia oferty:

- a) nie realizuje na postawy umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- b) nie realizuje na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 5 lat lub od 10 lat , za co nie otrzymał punktów, .

V. Kryterium inne - 0,00 pkt na 2,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miał wpływ brak spełnienia poniższego warunku wskazanego wyłącznie w Tabeli nr 2:

- a) współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31 Ic ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów,
- b) wskazał odpowiedź „nie dotyczy” w zakresie pytania o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

VI. Kryterium cena - 10,00 pkt na 10,00 pkt możliwych do uzyskania.

W zakresie kryterium ceny Centrum Medyczne Enel-Med S.A zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10 punktów w dokonywanej ocenie oferty zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia.

Oferta Odwołującego uzyskała łącznie 45,00 punktów dla wykazanego w ofercie miejsca udzielania świadczeń pracownia RM, Katowice, ul. Wita Stwosza 41 i uplasowała się na ostatnim, 10 miejscu w rankingu końcowym. W poszczególnych kryteriach ocena oferty Odwołującego przedstawiała się następująco:

I. Kryterium jakość - 16,00 pkt na 40,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków lub ich brak:

1. Tabela nr 2 - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) część wspólna:

a) w kategorii pozostałe warunki:

- oferent nie zadeklarował certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów
- oferent nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów
- oferent zadeklarował prowadzenie historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 3 punkty,

2. Tabela nr 3 - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK):

a) w kategorii personel:

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

b) w kategorii sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

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

c) w kategorii realizacja wybranych świadczeń:

- oferent nie realizował w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających 0 2 miesiące miesiąc, w który ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925), RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926), badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913), spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970), za co nie otrzymał punktów,

d) w kategorii pozostałe warunki:

- oferent nie zadeklarował zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg, za co nie otrzymał punktów,

II. Kryterium kompleksowość - 12,00 pkt na 14,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków:

1. Tabela nr 2 - ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) część wspólna:

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

2. Tabela nr 3 - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK):

a) - w kategorii zapewnienie badań i zabiegów:

- oferent zadeklarował realizację umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - w lokalizacji. za co otrzymał 10 punktów,

III. Kryterium dostępność - 7,00 pkt na 11,00 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miało wpływ spełnienie poniższych warunków wskazanych wyłącznie w Tabeli nr 2:

- a) oferent zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, za co otrzymał 4 punkty,
- b) oferent zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt,
- c) oferent zadeklarował odrębną aplikację służącą do realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną ze zwróconym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2 punkty..

IV. Kryterium ciągłość - 0,00 pkt na 23,00 pkt możliwych do uzyskania, wskazanych wyłącznie w Tabeli nr 2, co wiąże się z ustaleniem, że Oferent w dniu złożenia oferty:

- a) nie realizuje na postawy umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- b) nie realizuje na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 5 lat lub od 10 lat , za co nie otrzymał punktów, .

V. Kryterium inne - 0,000 pkt na 2,000 pkt możliwych do uzyskania, na taką ilość punktów miał wpływ brak spełnienia poniższego warunku wskazanego wyłącznie w Tabeli nr 2:

- a) współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31 Ic ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów,
- b) wskazał odpowiedź „nie dotyczy” w zakresie pytania o brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

VI. Kryterium cena - 10,00 pkt na 10,00 pkt możliwych do uzyskania.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10 punktów w dokonywanej ocenie oferty zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia.

Należy podkreślić, że Odwołujący spełniał wymagania konieczne do udzielania świadczeń z zakresu badania rezonansu magnetycznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i przejścia do części niejawnej postępowania. Jednakże fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie

skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

W wyniku przeprowadzonych z oferentami negocjacji zostały sporządzone protokoły końcowe z negocjacji, w których strony ustaliły liczbę i cenę jednostkową. Sporządzony na ich podstawie ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja w rankingu	Zaproszono do negocjacji	Pozycja w rankingu otwarcia	Nazwa świadczeniodawcy	Adres miejsca	Punkty za ofertę cenową	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
1	tak	1	HELIMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa	Panewnicka 65	6	76	82
1	tak	1	HELIMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa	Panewnicka 65	6	76	82
3	tak	3	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	Ceglana 35	10	52	62
4	tak	4	Mediskan	Zawiszy Czarnego 7a	10	49	59
5	tak	5	Centrum Medyczne Enel-Med S.A.	Zygmunta Słomińskiego 19/524	10	47	57
6	tak	6	SCANIX Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	PCK 10	5	49	54
7	nie	7	TOMMA Diagnostyka Obrazowa Spółka Akcyjna	Piotra Ściegiennego 84A	10	41	51

Pozycja w rankingu	Zaproszono do negocjacji	Pozycja w rankingu otwarcia	Nazwa świadczenia dawcy	Adres miejsca	Punkty za ofertę cenową	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
8	nie	8	KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII	Raciborska 26	5	41	46
9	nie	9	NZOZ Euromedic Kliniki Specjalistyczne Spółka Akcyjna	Tadeusza Kościuszki 92b	5	41	46
10	nie	10	GEO MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	Bartosza Głowackiego 10	10	35	45

Określona w ogłoszeniu wartość postępowania 3 852 470,00 zł pozwoliła na wybór 4 ofert na 5 miejsc udzielania świadczeń, które to oferty wyczerpały wartość postępowania po przeprowadzonych negocjacjach. Wskazać należy, że zgodnie z obowiązującymi przepisami Komisja Konkursowa dokonuje wyboru do ofert do zawarcia umowy w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym (składającym się z ofert uszeregowanych w kolejności malejącej wynikającej z sumy uzyskanych punktów w procesie oceny) do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu oraz maksymalnej liczby planowanych do zawarcia. Z kolei propozycja Komisji w zakresie liczby świadczeń ustalana jest w odniesieniu do struktury i zasobów oferenta w kontekście jego zdolności do wykonania zaoferowanej liczby świadczeń. Przeprowadzona przez Komisję Konkursową analiza zdolności wykonawczych oferentów wykazała, że potencjał wykonawczy ofert zajmujących pozycję od pierwszej do piątej pozwala na zrealizowanie badań na wartość odpowiadającą kwocie zamówienia podanej w ogłoszeniu o konkursie ofert. W związku z wyczerpaniem wartości zamówienia przez oferty zajmujące pozycje od 1 do 5 w rankingu, oferta zajmująca w nim ostatnią 10 pozycję, złożona przez Odwołującego, nie została zakwalifikowana do zawarcia umowy.

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie oraz wskazanych wcześniej aktach wykonawczych Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ. Komisja Konkursowa w ramach postępowania konkursowego stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach, dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwił

zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów. W świetle powyższych okoliczności należy uznać, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania. Działanie Komisji w tym zakresie było prawidłowe i oparte na obowiązujących przepisach prawa. Stwierdzić zatem należy, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłyby spowodować uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego.

Wobec powyższego, przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należało je oddalić jak w sentencji decyzji.

### POUCZENIE

W oparciu o art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), od niniejszej decyzji Stronom przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który wnosi się do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

Alternatywnie, na podstawie art. 127a, w zw. z art. 127§ 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego stosowanym odpowiednio stronie przysługuje:

- prawo zrzeczenia się prawa wniesienia do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy; Oświadczenie o zrzeczeniu należy złożyć do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna;
- albo na podstawie art. 52 § 3, art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1302 z późn. zm.) stronie przysługuje prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach, z pominięciem wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia. Na podstawie art. 211, art. 212 § 1, art. 214, art. 219 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi oraz na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości oraz szczegółowych zasad pobierania wpisu w postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2003 r., Nr 221, poz. 2193 z późn. zm.) strona jest zobowiązana uiścić wpis stały od skargi w wysokości 200 złotych bezpośrednio na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach lub uiścić gotówką do kasy Wojewódzkiego

Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Końcówki opłat zaokrąglą się wzwyż do pełnych złotych. Jeśli strona spełnia ku temu przesłanki, może ubiegać się o zwolnienie od kosztów albo przyznanie prawa pomocy.

Z upoważnienia Dyrektora  
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach  
ZASTĘPCA DYREKTORA  
DS. SŁUŻBY MUNDURIORCÓW  
I ŚWIADCZENIOBIORCÓW  
*Gy*  
Bożena Gil

Dyrektor Śląskiego OW  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Katowicach

**Otrzymują:**

- 1) GEO MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, 30-085 Kraków-Krowodrza, ul. Bartosza Głowackiego 10
- 2) Centrum Medyczne Enel-Med S.A., 00-195 Warszawa, ul. Zygmunta Słomińskiego 19/524
- 3) Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35
- 4) Mediskan, 40-872 Katowice, ul. Zawiszy Czarnego 7a
- 5) HELIMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa, 40-760 Katowice, ul. Panewnicka 65
- 6) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
- 7) Wydział Ekonomiczno-Finansowy i Współpracy Międzynarodowej w miejscu
- 8) Wydział Organizacyjny, Kadr i Szkoleń w miejscu a/a