

Katowice, dnia 17 kwietnia 2019 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w KatowicachZnak sprawy: **WOKS-I.422.21.2019**Znak pisma: **WOKS-I.W.92.MS.2019****DECYZJA Nr 12-2680/OD-20/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 Katowickie Centrum Onkologii, ul. Raciborska 26 40-074 Katowice, 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, Zygmunta Słomińskiego 19/524
2. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, Ceglana 35
3. Mediskan, 40-872 Katowice, Zawiszy Czarnego 7a
4. HELIMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa, 40-760 Katowice, 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 3852.470,00 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/ złożył w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert oraz wezwała oferentów do uzupełnienia braków formalnych w ofertach. 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 5 ofert.

Odwołujący złożył odwołanie w terminie, tj. 29.03.2019 r., podnosząc w nim zarzut naruszenia:

- *art. 134 ustawy poprzez przeprowadzenie postępowania bez zachowania zasad uczciwej konkurencji,*
- *art. 140 ustawy poprzez opisanie wymogów postępowania w sposób utrudniający uczciwą konkurencję.*

W konsekwencji podniesionych zarzutów Odwołujący wnosi o uwzględnienie odwołania poprzez unieważnienie konkursu oraz ponowne jego rozpisanie bez wskazanych w treści odwołania wad skutkujących zawarciem przez NFZ wadliwej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W uzasadnieniu odwołania Odwołujący wskazał, iż niezachowanie zasad uczciwej konkurencji polegało na przyznaniu istotnej wartości punktowej, bo aż do 23 pkt. za kryteria niemające żadnego znaczenia dla świadczeń będących przedmiotem konkursu, takie jak np. dotychczasowa realizacja na podstawie umowy z NFZ danego zakresu świadczeń. W ocenie Odwołującego konstrukcja konkursu w sposób rażący preferuje podmioty dotychczas funkcjonujące na rynku usług medycznych w kontraktowanym zakresie, a przez to faktycznie zamyka rynek, a ponadto powoduje brak możliwości wyboru oferentów profilowanych specjalistycznie np. onkologicznie, gdyż nie uzyskują oni dodatkowej punktacji z nieistotnego z punktu widzenia profilu udzielanych świadczeń zakresu.

Dalej Odwołujący zwrócił uwagę, iż sposób sformułowania pytań ankietowych powodował, że Katowickie Centrum Onkologii nie otrzymało punktów nie z racji niewykonywania procedur, a z racji

braku umowy z NFZ. Natomiast liczba przyznanych dla podmiotów posiadających umowę z NFZ punktów, w tym dodatkowe punkty które można było uzyskać za zakres świadczeń niewykonywanych w ośrodku onkologicznym spowodował, że ośrodek który nie posiadał poprzednio umowy z NFZ, czy określonego spektrum świadczeń, nie był w stanie wziąć skutecznego udziału w konkursie. W ocenie Odwołującego sytuacja taka powoduje, że brak jest możliwości przełamania monopolu, a w konsekwencji zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla pacjentów chorych onkologicznie, którzy siłą rzeczy leczą się w ośrodku niejako monopoliowym. Zaś sposób sformułowania wymogów spowodował, że brak jest możliwości skrócenia kolejek oczekujących, stanowiących jeden z głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Wskazując na powyższe zarzuty Odwołujący wywodzi dalej, iż obecna konstrukcja pytań ankietowych, stanowiących integralną część formularza ofertowego, w sposób rażąco narusza zasady uczciwej konkurencji i jest sformułowana dla oferentów mogących spełnić swoiste kryteria, a fakt niskiego premiowania kryterium związanego z zapewnieniem badań i zabiegów, którego wynikiem jest dyskredytowanie placówek, dążących do zapewnienia pacjentom kompleksowości usług medycznych, idzie wspanak założeniom systemu.

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. Strony z uprawnienia tego skorzystały.

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.

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

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. 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 oraz potwierdziła spełnienie przez wszystkich Oferentów wymagań określonych w przepisach prawa stwierdzając, że wszystkie braki formalne zostały uzupełnione w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa, zgodnie z przysługującym jej prawem, na podstawie § 17 ust.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1897) oraz na podstawie Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wydanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przeprowadziła weryfikację w celu porównania informacji zawartych w ofercie ze stanem faktycznym u Oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na jaki została złożona oferta.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez wszystkich 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, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 ustawy oraz § 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

- a) kategorii „Personel”:

- stała obecność pielęgniarki:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:
- wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (jedna odpowiedź do wyboru):
 - system MR min. 25 mT/m, min. 1.0T, dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego oraz oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań (4,00 punkty);
 - system MR min. 30 mT/m, min. 100mT/m/ms, min. 1.5T, dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego oraz oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań (7,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
 - funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego — fMRI:
 - tak (7,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- c) kategorii „Realizacja wybranych świadczeń”:
- realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego, w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970).
 - tak (11,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Pozostałe warunki”:
- zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg
 - tak (2,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- e) kategorii „Jakość - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości (stwierdzone w okresie ostatnich 36 miesięcy poprzedzających dzień ogłoszenia postępowania)” — część wspólna:
- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5,00 punktów ujemnych);

- tylko na podstawie kontroli (3,00 punkty ujemne);
- żadne z powyższych (brak punktów ujemnych);
- udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5,00 punktów ujemnych);
 - tylko na podstawie kontroli (3,00 punkty ujemne);
 - żadne z powyższych (brak punktów ujemnych);
- braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie — tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy - tylko na podstawie kontroli
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);

- nie (brak punktów ujemnych);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (4,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- f) kategorii „Jakość — pozostałe warunki” — część wspólna:
- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - świadczeniodawca prowadzi historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w: :
- a) kategorii „Zapewnienie badań i zabiegów”:
- realizacja umowy (jedna odpowiedź do wyboru):
 - w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej — w lokalizacji (12,00 punktów);
 - o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne — w lokalizacji (10,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
- b) kryterium „Kompleksowość — część wspólna”:

- realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w 6a ust.1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego:

-tak (2,00 punkty);

-nie (brak punktów);

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej — część wspólna :

- czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi (jedna odpowiedź do wyboru):
 - od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin (4,00 punkty);
 - powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin (6,00 punktów);
 - powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin (8,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych — w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej — część wspólna :

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń:
 - tak (13,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy (jedna odpowiedź do wyboru):
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (7,00 punktów);

- proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (10,00 punktów);
- żadne z powyższych (brak punktów);

5. Inne warunki oceniane — część wspólna :

- współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- 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 objęte przedmiotem postępowania:
 - tak (8,00 punktów ujemnych);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nie dotyczy (brak punktów ujemnych);

6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej — obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 10,00 punktów).

Dnia 22 marca 2019 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego nr 12-19-000144/AOS/02/3/02.7250.072.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze miasta Katowice, wskazano 5 oferentów.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 12-19-000144/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja w rankingu	Nazwa świadczeniodawcy	Adres miejsca	Punkty za ofertę cenową	Punkcja z tytułu kryteriów niecenowych					Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie	Decyzja o wybraniu ofert
				ciągłość	kompleksowość	jakość	dostępność	inne			
1	HELMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa	KATOWICE MEDYKÓW	6	23	2	40	11	0	76	82	Tak
1	HELMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa	KATOWICE PANEWNICKA	6	23	2	40	11	0	76	82	Tak
3	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	Katowice Ceglana	10	0	14	27	11	0	52	62	Tak

4	Mediskan	Katowice Zawiszy Czarnego	10	0	2	36	11	0	49	59	Tak
5	Centrum Medyczne Enel-Med S.A.	Katowice Ligocka	10	0	2	34	11	0	47	57	Tak
6	SCANIX Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Katowice Medyków	5	0	2	36	11	0	49	54	Nie
7	TOMMA Diagnostyka Obrazowa Spółka Akcyjna	Katowice Staromiejska	10	0	2	36	11	-8	41	51	Nie
8	KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII	Katowice Raciborska	5	0	14	18	9	0	41	46	Nie
9	NZOZ Euromedic Kliniki Specjalistyczne Spółka Akcyjna	Katowice Kościuszki	5	0	12	18	11	0	41	46	Nie
10	GEO MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	Katowice Wita Stwosza	10	0	12	16	7	0	35	45	Nie

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 3 „Ambulatoryjne świadczenia kosztochłonne (ASDK)”, cz.4. „Badania rezonansu magnetycznego (RM)” oraz Tabeli nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) — część wspólna” załącznika nr 2 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone zostały 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.

Podkreślenia w tym miejscu wymaga fakt, iż kompetencje do określania szczegółowych kryteriów oceny ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w postępowaniach konkursowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również warunki wymagane od świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu na mocy upoważnienia ustawowego zawartego w art. 148 ust. 3 oraz art. 31d ustawy zostały przyznane Ministrowi Zdrowia.

Powyższe znaczenia nabiera w kontekście postawionego przez Odwołującego zarzutu prowadzenia postępowania konkursowego z naruszeniem zasady równego traktowania oferentów i uczciwej konkurencji wynikającej z zapisu art. 134 ustawy.

Zgodnie bowiem z art. 134 ust 1 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. Z kolei zgodnie z ust. 2 tego przepisu wszelkie 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.

Należy stwierdzić, iż wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest właśnie określona w art. 148 ust. 3 ustawy delegacja do wydania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że każdy z Oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń) we właściwym załączniku do 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. W niniejszym postępowaniu był to załącznik Nr 2 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”. Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 12-19-000144/AOS/02/3/02.7250.072.02/01.

Również wymagania konieczne do spełnienia przez wszystkich ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone zostały w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia na podstawie delegacji ustanowionej w art. 31d ustawy. W odniesieniu do przedmiotowego postępowania konkursowego wymagania te zostały wskazane w załączniku nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji” (cz. VIII Świadczenia Rezonansu Magnetycznego) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t. j. Dz. U. 2016, poz. 357 ze zm.).

Co istotne zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem konkursowym nr 12-19-000144/AOS/02/3/02. 7250.072.02/01 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. Powyższe jednoznacznie wiedzie do wniosku, iż każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 12-19-000144/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a zatem zarzut naruszenia art. 134 należy uznać za niezasadny.

W konsekwencji powyższego za chybiony należy uznać także zarzut naruszenia art. 140 ustawy poprzez opisanie wymogów postępowania w sposób utrudniający uczciwą konkurencję. Wskazać należy, iż treść przywołanego przez Odwołującego art. 140 ust. 1 ustawy nakazuje określenie przedmiotu zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. Ust. 2 tego przepisu zawiera wyraźny zakaz dokonywania opisu przedmiotu zamówienia w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję. Przejawem naruszenia zasady uczciwej konkurencji jest opisanie przedmiotu zamówienia z użyciem oznaczeń wskazujących na konkretnego wykonawcę albo z użyciem parametrów wskazujących na konkretnego wykonawcę. Utrudnieniem uczciwej konkurencji jest również określenie rygorystycznych wymagań co do parametrów technicznych, kwalifikacji zawodowych, które nie są uzasadnione obiektywnymi potrzebami zamawiającego i które uniemożliwiają udział niektórych wykonawców w postępowaniu, ograniczając w ten sposób krąg podmiotów zdolnych do wykonania zamówienia. Uzupełnieniem wytycznych do określania przedmiotu zamówienia jest dyspozycja art. 141 ustawy. Przepis ten wskazuje na konieczność opisywania przedmiotu zamówienia za pomocą cech technicznych i jakościowych.

W świetle powyższych okoliczności należy uznać, iż szczegółowe kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak również warunki wymagane od świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu były jawne, takie same w odniesieniu do wszystkich oferentów, którzy złożyli ofertę i nie podlegały zmianom w trakcie trwania procedury konkursowej. Tym samym Komisja Konkursowa przedmiotowe postępowanie konkursowe prowadziła w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji oraz z zachowaniem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 12-19-000144/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania nie dokonując wyboru oferty odwołującego. 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 zaokrągla 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. SŁUŻB MUNDUROWYCH
I ŚWIADCZENIOWYCH

.....
Bożena Gil.....

Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

1. KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII, 40-074 Katowice, Raciborska 26
2. Centrum Medyczne Enel-Med S.A., 00-195 Warszawa, Zygmunta Słomińskiego 19/524
3. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, Ceglana 35
4. Mediskan, 40-872 Katowice, Zawiszy Czarnego 7a
5. HELIMED Diagnostic Imaging Sp. z o.o. Sp. komandytowa, 40-760 Katowice, 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