

Katowice, dnia 17.04.2019 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Znak sprawy: **WOKS-I.422.19.2019**Znak pisma: **WOKS-I.W.90.MS.2019**

DECYZJA Nr 12-2667/OD-18/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 Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach Sp. z o.o., ul. Zygmunta Starego 20, 44-100 Gliwice, 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: 12-19-000170/AOS/02/3/02.0000.079.02/01, w rodzaju świadczeń ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, przy udziale stron:

1. "CORPORA-MED" Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne Sp. z o.o., 44-100 Gliwice, Średnia 10
2. VITO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 44-100 Gliwice, Radiowa 2

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: 12-19-000170/AOS/02/3/02.0000.079.02/01, w rodzaju świadczeń ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia na obszarze obejmującym m. Gliwice. W ogłoszeniu podano wartość zamówienia nie większą niż 224.000,00 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 3 oferty. Odwołujący ofertę nr 12-19-000170/AOS/02/3/02.0000.079.02/01/ złożył w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert oraz wezwała jednego oferenta do uzupełnienia braków formalnych w ofercie. 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 2 ofert.

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

- *obrazę przepisu art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – poprzez nierówne traktowanie świadczeniodawców i niewskazanie jakim kryteriami kierował się Fundusz wybierają podmioty do zawarcia umowy;*
- *naruszenie art. 6 w/w ustawy – poprzez utrudnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez nieuzasadnione wyłączenie odwołującego w rozstrzygnięciu konkursu, który dodatkowo jest Szpitalem II stopnia w sieci szpitali i swoim zasięgiem obejmuje powiat liczący niemal 300 000 mieszkańców;*
- *naruszenie § 9 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 – poprzez niezaprośzenie do dalszych negocjacji,*

w sytuacji w której z wszelkim prawdopodobieństwem odwołujący się Szpital uzyskał w poszczególnych kryteriach taką samą ocenę, jak wybrane podmioty.

W uzasadnieniu do złożonego odwołania, Odwołujący podkreślił także, że w 2018 r. w poradniach przyjęto przeszło 55 000 pacjentów, a w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej niemal 48 000 pacjentów. Przy czym w/w pacjenci musieli skorzystać, w ramach pomocy ambulatoryjnej, z pracowni endoskopii i badania kolonoskopii (zgodnie ze statystyką szpitalna w 2018 r. przez pracownię w szpitalu przeszło 5 300 pacjentów).

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 skutek 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.

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 zostały złożone 3 oferty. W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert, w wyniku której wezwała 1 oferenta do uzupełnienia braków formalnych oferty. Braki formalne zostały uzupełnione w terminie.

Do części niejawnej postępowania konkursowego zakwalifikowano 3 oferty, w tym ofertę Odwołującego. Spośród ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu, wszystkie zostały pozytywnie ocenione pod względem spełnienia warunków wymaganych do realizacji świadczeń w zakresie stanowiącym przedmiot postępowania i zakwalifikowane do dalszego etapu postępowania. W związku z powyższym wybór oferty do zawarcia umowy został dokonany stosownie do art. 148 ustawy oraz w oparciu o załącznik nr 2 do 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 ze zm.) definiujące następujące kryteria oceny ofert:

- jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- dostępność świadczeń opieki zdrowotnej,
- zapewnienie kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- inne warunki oceniane,
- cena świadczeń opieki zdrowotnej.

Porównanie ofert w oparciu o wskazane w rozporządzeniu kryteria i ich wagę punktową ze swej istoty zakłada uszeregowanie ofert w kolejności malejącej wynikającej z liczby uzyskanych w procesie oceny punktów. Ocena ofert oparta jest na odpowiedziach udzielonych przez oferentów na zapytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym i generowana przez system informatyczny usprawniający

prace Komisji Konkursowej, co dodatkowo gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich Oferentów biorących udział w postępowaniu.

W dniu 14 lutego 2019 roku sporządzono ranking otwarcia, w którym oferty zostały uszeregowane w kolejności malejącej wg łącznej liczby punktów uzyskanych w procesie oceny ofert.

Ranking ten przedstawiał się następująco:

Pozycja w rankingu	Kod oferty	Nazwa świadczeniodawcy	Adres miejsca	Punkty za ofertę cenową	Punktacja z tytułu kryteriów niecenowych					Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
					ciągłość	kompleksowość	jakość	dostępność	inne		
1	12-19-000170/AOS/02/3/02.000.079.02/01/3/0402	VITO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	GLIWICE Radiowa	5	23	12	31	9	0	75	80
2	12-19-000170/AOS/02/3/02.000.079.02/01/1/0402	CORPORA-MED Centrum Leczniczko-Rehabilitacyjne Sp. z o.o.	GLIWICE Cichociemnych	5	23	2	22	9	0	56	61
3	12-19-000170/AOS/02/3/02.000.079.02/01/2/0402	Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Gliwice Zygmunta Starego	5	0	14	20	4	0	38	43

Wybór Oferentów do przeprowadzenia negocjacji dokonany został w oparciu o pozycję zajmowaną przez oferty w rankingu otwarcia. Zgodnie bowiem z postanowieniami art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

- 1) liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) ceny za udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 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) wydane na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 139 ust. 9 ustawy o świadczeniach wyraźnie doprecyzowuje, że do negocjacji zaprasza się Oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia, a do negocjacji kwalifikuje się Oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych.

W przedmiotowym postępowaniu 12-19-000170/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 Komisja Konkursowa zaprosiła do negocjacji dwóch Oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania. Komisja Konkursowa podjęła decyzję o zaproszeniu na spotkanie negocjacyjne Oferentów, których oferty uzyskały w rankingu otwarcia najwyższą łączną ocenę oferty, przy czym liczba zaproszonych do negocjacji ograniczona była wartością zamówienia i maksymalną liczbą umów

planowanych do zawarcia podaną w ogłoszeniu. Decyzja Komisji Konkursowej odnośnie liczby podmiotów zaproszonych do negocjacji poprzedzona była weryfikacją zaoferowanej liczby świadczeń (wraz z oceną zdolności wykonawczych) oraz analizą ewentualnego wpływu obniżenia ceny w toku negocjacji cenowych na zmianę pozycji w rankingu ofert. Wskazać należy, że podjęcie negocjacji cenowych, co do których istnieje pewność, że w ich wyniku, pomimo obniżenia ceny, pozycja Oferenta w rankingu nie ulegnie zmianie z uwagi na dysproporcję w uzyskanej punktacji łącznej pomiędzy poszczególnymi ofertami, byłoby działaniem mogącym narazić Komisję Konkursową na zarzut prowadzenia negocjacji pozornych. Wskazać tutaj należy, że Odwołujący zajął 3 pozycję w rankingu, uzyskując za kryteria niecenowe 38,00 pkt., a w przypadku zaproszenia Go do negocjacji cenowych i obniżenia ceny za punkt rozliczeniowy, uzyskana łączna liczba punktów mogła by wynieść nie więcej niż 48,00 pkt. Oznacza to, że podjęcie negocjacji cenowych nie zmieniłoby pozycji Oferenta w rankingu. Nadal plasowałby się na pozycji 3, gdyż oferta z pozycji drugiej w rankingu otwarcia uzyskała 61,00 pkt. Zaznaczyć należy, że dwie oferty wybrane do negocjacji uzyskały za kryteria niecenowe odpowiednio: 75,00 i 56,00 pkt., przy znacznej dysproporcji w punktacji uzyskanej przez ofertę Skarżącego zajmującą ostatnie 3 miejsce w rankingu otwarcia z 38,00 punktami za kryteria niecenowe. Zatem odnosząc się w tym miejscu do zarzutu niezaproszenia Odwołującego do negocjacji cenowych wskazać należy, że obniżenie w ich toku ceny do poziomu 0,90 zł i uzyskanie w ten sposób maksymalną liczbę 10 punktów oceny za kryterium ceny nie wpłynęłoby na pozycję Skarżącego w rankingu, gdyż z liczbą 48,00 punktów oceny łącznej nadal zajmowałby ostatnie 3 miejsce i nie zostałby wybrany do zawarcia umowy. Tym samym w świetle powyższych wyjaśnień zarzut Skarżącego odnośnie nieuzasadnionego pominięcia go w negocjacjach cenowych nie znajduje oparcia w faktach.

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	Wybrano do negocjacji	Pozycja w rankingu otwarcia	Kod oferty	Nazwa świadczeniodawcy	Adres miejsca	Punkty za ofertę cenową	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
1	Tak	1	12-19-000170/AOS/02/3/02.0 000.079.02/01/3/0402	VITO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	GLIWICE Radiowa	5	75	80
2	Tak	2	12-19-000170/AOS/02/3/02.0 000.079.02/01/1/0402	CORPORA-MED Centrum Lecznico-Rehabilitacyjne Sp. z o.o.	GLIWICE Cichociemnych	5	56	61
3	Nie	3	12-19-000170/AOS/02/3/02.0 000.079.02/01/2/0402	Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Gliwice Zygmunta Starego	5	38	43

Określona w ogłoszeniu wartość postępowania 224 000,00 zł pozwoliła na wybór dwóch ofert, które to oferty wyczerpały wartość postępowania - po przeprowadzonych negocjacjach. Oferta złożona przez Oferenta Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nie została wybrana ponieważ uzyskała łączną liczbę punktów w rankingu wynoszącą 43,00 pkt (w tym kryteria niecenowe 38,00 pkt, kryterium cenowe 5,00 pkt). Wartość ta była znacząco niższa od wybranych ofert (80,00 pkt, 61,00 pkt,), które znalazły się w przedmiotowym rankingu i które to oferty wyczerpały wartość postępowania, po przeprowadzonych negocjacjach.

Odnosząc się do podniesionej przez Odwołującego problematyki spełnienia przez niego wszystkich wymogów konkursu, należy podkreślić, że spełnienie wszystkich warunków formalnych, złożenie wyjaśnień w wyznaczonym terminie oraz pozytywne przejście weryfikacji oględzin placówki przez Komisję Delegowaną pozwoliło Odwołującemu na zakwalifikowanie oferty do części niejawnej. Fakt spełnienia wymaganych warunków na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach, nie skutkuje wybraniem oferty do zawarcia umowy, a jedynie umożliwia dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny i porównanie tej oferty z innymi. Zakwalifikowanie oferty do części niejawnej postępowania — w tym również oferty Odwołującego oznaczało jedynie, iż oferta nie podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 7 ustawy o świadczeniach, jednakże na wybór oferty w postępowaniu konkursowym wpływ miała uzyskana liczba punktów. Przeprowadzone postępowanie konkursowe wyłoniło 2 oferty, które uzyskały największą liczbę punktów, co zabezpiecza dostępność do świadczeń na terenie objętym postępowaniem konkursowym.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego dotyczącego kwestii naruszenia przez Komisję Konkursową art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach tj. z pominięciem zasad równego traktowania oraz pominięciem zasad uczciwej konkurencji, należy stwierdzić, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszystkim uczestnikom postępowania zostały udostępnione rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz zarządzenia Prezesa NFZ wraz z załącznikami, które określały zarówno wymagania stawiane oferentom jak i kryteria oceny ofert. Wszyscy uczestnicy postępowania składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania ankietowe, a ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych, jednolitych kryteriów, W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawiała się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. W ogłoszonym konkursie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie świadczeniodawców i tożsame kryteria ocen. Komisja Konkursowa w trakcie przedmiotowego postępowania, podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby

świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych. W oparciu o jednolite dla wszystkich kryteria dokonała w trakcie przedmiotowego postępowania oceny złożonych ofert. Dokonując analizy i oceny Komisja Konkursowa ściśle przestrzegała kryteriów oceny zawartych w rozporządzeniu w sprawie określenia szczegółowych kryteriów oceny ofert, a nadto nie miała możliwości przyznania, czy nieprzyznania punktów na zasadzie uznaniowości. Dlatego też za bezpodstawny należy uznać zarzut Odwołującego dotyczący przeprowadzenia oceny ofert z naruszeniem art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Odnosząc się do zarzutu, iż nie jest podawane do publicznej wiadomości uzasadnienie decyzji dotyczącej wyboru oferentów do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy wskazać na art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy. Zgodnie z nim postępowanie konkursowe prowadzi się w celu wyboru najkorzystniejszej oferty pod względem kryteriów wyboru ofert, by zawrzeć umowę zapewniającą świadczeniobiorcom najlepszy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej określonego rodzaju. Ten obowiązek stanowi zatem uzasadnienie rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. Jednocześnie zgodnie z art. 135 ust. 1 ustawy, oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne są jawne i każdy zainteresowany ma możliwość wglądu do tych ofert, może je porównać i określić w oparciu o zawarte w rozporządzeniu kryteria oceny ofert należną każdej z nich ilość punktów.

W odniesieniu do argumentów przytoczonych w odwołaniu, a dotyczących uzyskania z wszelkim prawdopodobieństwem przez ofertę Odwołującego w poszczególnych kryteriach taką samą ocenę, jak wybrane podmioty, należy stwierdzić, iż ocena oferty Odwołującego w porównaniu do oceny ofert wybranych w przedmiotowym postępowaniu Oferentów do zawarcia umowy przedstawiała się następująco:

Lp.	Opis	Punktów max	VITO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	CORPORA-MED Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne Sp. z o.o.		Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
			Odpowiedź aktualna (napis)	pkt. za odp.	Odpowiedź aktualna (napis)	pkt. za odp.	Odpowiedź aktualna (napis)	pkt. za odp.
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ							
1.1.1	SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY							
1.1.1.1	AOS_W 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.	2	Tak	2	Tak	2	Tak	2
1.1.2	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW							
1.1.2.1	ASDK_2 Realizacja umowy:	12	- o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne - w lokalizacji.	10	Żadne z powyższych.	0	- w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji	12
1.2	JAKOŚĆ							
1.2.1	PERSONEL							
1.2.1.1	ASDK_2 Lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii:	20	- co najmniej 100% czasu pracy pracowni.	20	- co najmniej 75% czasu pracy pracowni.	15	- co najmniej 100% czasu pracy pracowni.	20
1.2.2	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOŚCI							
1.2.2.1	AOS_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie:	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0
1.2.2.2	AOS_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie:	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.3	AOS_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.4	AOS_W 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.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.5	AOS_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0

	w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach - tylko na podstawie kontroli.							
1.2.2.6	AOS_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy - tylko na podstawie kontroli.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.7	AOS_W Niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.8	AOS_W Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.9	AOS_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.10	AOS_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.11	AOS_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach - tylko na podstawie kontroli.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.12	AOS_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.3	REALIZACJA WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ							
1.2.3.1	ASDK_2 Realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, 300 kolonoskopii z polipektomią - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń.	7	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.3.2	ASDK_2 Realizacja umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.	6	Tak	6	Nie	0	Nie	0
1.2.4	POZOSTAŁE WARUNKI							
1.2.4.1	AOS_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	2	Tak	2	Tak	2	Nie	0
1.2.4.2	AOS_W Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu	2	Nie	0	Tak	2	Nie	0

	teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych.							
1.2.4.3	AOS_W 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.	3	Tak	3	Tak	3	Nie	0
1.3	DOSTĘPNOŚĆ							
1.3.1	ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ							
1.3.1.1	AOS_W Odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady.	2	Tak	2	Tak	2	Nie	0
1.3.2	DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY							
1.3.2.1	AOS_W Czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi:	8	- 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	- 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	- 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
1.3.2.2	AOS_W Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń.	1	Tak	1	Tak	1	Nie	0
1.4	CIĄGŁOŚĆ							
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ							
1.4.1.1	AOS_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń.	13	Tak	13	Tak	13	Nie	0
1.4.1.2	AOS_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:	10	Nieprzerwanie od 10 lat	10	Nieprzerwanie od 10 lat	10	Żadne z powyższych	0
1.5	_WARUNKI WYMAGANE							
1.5.1	WARUNKI WYMAGANE							
1.5.1.1	w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał	0	TAK	0	TAK	0	TAK	0

	wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.							
1.6	INNE							
1.6.1	INNE							
1.6.1.1	AOS_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	2	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.6.1.2	AOS_W 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.	0	nie dotyczy	0	nie dotyczy	0	nie dotyczy	0
Suma punktów za kryteria niecenowe		90		75		56		38
CENA		10		5		5		5
RAZEM		100		80		61		43

Podkreślenia wymaga fakt, że uczestnictwo w postępowaniu konkursowym, które jest procedurą o charakterze konkurencyjno-eliminacyjnym, nie daje gwarancji wyboru oferty i w następstwie zawarcia umowy. Ranking końcowy będący wynikiem oceny ofert, umożliwia dokonanie wyboru ofert najlepszych spośród złożonych i ocenionych według jednolitych kryteriów oceny. Celem postępowania konkursowego jest zawarcie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja Konkursowa na każdym etapie postępowania podejmuje działania zmierzające do wyboru oferty i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń danego rodzaju. Działania Komisji nie mają prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Fundusz dysponuje środkami finansowymi w taki sposób, aby w swych działaniach osiągnąć jak najlepsze rezultaty w zakresie zabezpieczenia świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej. Ze względu na ograniczone środki finansowe nie zawsze, tak jak w tym przypadku, jest możliwe zawarcie umowy ze wszystkimi uczestnikami konkursu na warunkach przez nich zaoferowanych, a także zawarcie liczby większej niż wskazanej w ogłoszeniu, która jest liczbą maksymalną. Zadaniem Komisji Konkursowej jest dokonanie wyboru oferentów opartego na rzetelnej analizie porównawczej ofert. Wyłonienie świadczeniodawcy w postępowaniu konkursowym, ma w szczególności na celu realizację zadania ustawowego, jakim jest zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze w sposób nieprzerwany, z uwzględnieniem odpowiedniej jakości i dostępności do świadczeń, a nie zawarcie umowy, z jak największą liczbą oferentów. Dokonany przez Komisję Konkursową wybór ofert w tym postępowaniu, pozwoli w należyтым stopniu zabezpieczyć dostępność do świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia w ramach posiadanych środków finansowych oraz liczby umów planowanych do zawarcia podanych w ogłoszeniu.

Wskazać przy tym należy, że fakt, iż Odwołujący posiada umowę w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został uwzględniony w procesie oceny ofert, gdyż jest to jeden z parametrów kryterium kompleksowości za co Odwołującemu przyznane zostało 12 punktów oceny. Ponadto wskazane przez Odwołującego dodatkowe przesłanki, tj. posiadanie przez szpital II stopnia referencyjności oraz liczba pacjentów przyjętych w 2018 r. w poradniach specjalistycznych, a także liczba pacjentów, którzy skorzystali z pracowni endoskopii i badania kolonoskopii w Szpitalu, nie stanowią parametrów uwzględnionych w zasadach oceny ofert określonych w 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 ze zm.), zatem nie stanowią przesłanek jakimi Komisja Konkursowa może się kierować dokonując wyboru ofert do zawarcia umowy.

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 mogłoby 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
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ZASTĘPCY DYREKTORA
OS. ŚWIADZENIOWYCH
OS. ŚWIADZENIOWYCH

.....*Bożena Gil*.....

Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

1. "CORPORA-MED" Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne Sp. z o.o., 44-100 Gliwice, Średnia 10
2. Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 44-100 Gliwice, Zygmunta Starego 20
3. VITO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 44-100 Gliwice, Radiowa 2
4. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
5. Wydział Ekonomiczno-Finansowy i Współpracy Międzynarodowej w miejscu
6. Wydział Organizacyjny, Kadr i Szkoleń w miejscu a/a