

Znak: WOKS-II.422.13.2018
WOKS.RT

Zielona Góra, dnia 6 sierpnia 2018 roku

DECYZJA Nr 21/2018/KO**Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze****z dnia 6 sierpnia 2018 roku.**

Na podstawie art. 154 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpoznaniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wniesionego przez Szpital Międzyrzecki spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu przy ul. Konstytucji 3 Maja 35, zwaną dalej „Oferentem”, wskutek oddalenia w I instancji przez Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia odwołania, wniesionego przez Oferenta od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01, które prowadzone było w trybie konkursu ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: medycyny sportowej, na obszarze powiatów: 0801 - gorzowski, 0803 - międzyrzecki, 0805 - ślubicki, 0806 - strzelecko - drezdenecki, 0807 - sulęciński, 0861 - miasto Gorzów Wielkopolski, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – **utrzymał w mocy swoją decyzję nr 19/2018/KO z dnia 11 lipca 2018 r.**

UZASADNIENIE

Zarządzeniem Nr 130/2018 z dnia 07 maja 2018 r. w sprawie ogłoszenia konkursów ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2018 – 2023, w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze ogłosił postępowanie w trybie konkursu ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: medycyny sportowej, na obszarze powiatów: 0801 - gorzowski, 0803 - międzyrzecki, 0805 - ślubicki, 0806 - strzelecko-drezdenecki, 0807- sulęciński, 0861- miasto Gorzów Wielkopolski. Postępowanie to prowadzone było pod numerem: 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 150 540,00 zł, na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania, określona została na maksymalnie 3 umowy. Wskazano również okres obowiązywania umów: od 1 lipca 2018 roku do 30 czerwca 2023 roku.

Postępowanie konkursowe prowadzone było w oparciu o przepisy:

- 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j.: Dz.U. z 2016, poz. 357 ze zm.),
- 3) 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 (Dz.U. z 2016, poz. 1372 ze zm.),
- 4) 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 (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),
- 5) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2016r., poz. 1146 ze zm.),
- 6) zarządzenia nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- 7) zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami).

W ramach ogłoszonego postępowania konkursowego oferty złożyli:

- 1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Dworcowa” z siedzibą w Gorzowie Wlkp. przy ul. Dworcowej 13 (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/1/0402),
 - 2) Przychodnia Rodzinna REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą przy ul. Jagiellońskiej 2 (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/2/0402),
 - 3) Gorzowska Lecznica Specjalistyczna Spółka z o.o. z siedzibą w Gorzowie Wlkp. przy ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 1B (oferty nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/ 3/0402),
 - 4) Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu przy ul. Konstytucji 3 Maja 35 (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/4/0402),
 - 5) Janusz Chojnicki, prowadzący działalność leczniczą z siedzibą w Gorzowie Wlkp. przy ul. Franciszka Walczaka 23E (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/5/0402).
- Oferty zostały złożone w terminie.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja odrzuciła ofertę nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/3/0402, która została złożona przez Gorzowską Lecznicę Specjalistyczną Spółkę z o.o. z siedzibą w Gorzowie Wielkopolskim. Odrzucenie oferty nastąpiło na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z powodu niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - na podstawie art. 146 w/w ustawy. W dniu 21 czerwca 2018 r. wpłynął do Zamawiającego protest Gorzowskiej Lecznicy Specjalistycznej Spółki z o.o., którym zaskarżono decyzję Komisji konkursowej w przedmiocie odrzucenia oferty nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/3/0402. Pismem z dnia 28 czerwca 2018 r. Komisja konkursowa zawiadomiła Oferenta o nieuwzględnieniu wniesionego protestu.

Zarządzeniem Nr 187/2018 z dnia 28 czerwca 2018 r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu w Zielonej Górze ustalił na dzień 29 czerwca 2018 r., nowy termin rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01.

Do części niejawnego postępowania konkursowego Komisja zakwalifikowała:

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Dworcowa” z siedzibą w Gorzowie Wlkp. (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/1/0402),
- Przychodnię Rodzinną REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/2/0402),
- Szpital Międzyrzecki spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/4/0402),
- Janusza Chojnickiego, prowadzącego działalność leczniczą z siedzibą w Gorzowie Wlkp. (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/5/0402).

W części niejawnego postępowania konkursowego Komisja przeprowadziła negocjacje z:

- Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Dworcowa” z siedzibą w Gorzowie Wlkp. (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/1/0402),
- Przychodnię Rodzinną REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/2/0402),
- Januszem Chojnickim, prowadzącym działalność leczniczą z siedzibą w Gorzowie Wlkp. (oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/5/0402).

W dniu 29 czerwca 2018 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01, poprzez dokonanie wyboru:

- oferty nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/1/0402, która została złożona przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Dworcowa” z siedzibą w Gorzowie Wlkp.,

- oferty nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/2/0402, która została złożona przez Przychodnię Rodzinną REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą,
- oferty nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/5/0402, która została złożona przez Janusza Chojnickiego, prowadzącego działalność leczniczą z siedzibą w Gorzowie Wlkp.

Rostrzygnięcie postępowania konkursowego zostało prawidłowo ogłoszone przez Zamawiającego.

Od powyższego rozstrzygnięcia odwołanie w dniu 5 lipca 2018 r. wniósł Oferent - Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu, w którym podniósł, że nie zgadza się z dokonaniem rozstrzygnięciem konkursu ofert. Uzasadniając swoje stanowisko Oferent wskazał, iż złożył ofertę spełniającą wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa, w tym gwarantującą wysoką jakość usług medycznych. W dalszej części uzasadnienia Oferent podkreślił, że wybór świadczeniodawców z terenu miasta Gorzów Wlkp., pozbawia dostępu do przedmiotowych usług medycznych – mieszkańców pozostałych powiatów, którzy zmuszeni będą do ponoszenia kosztów dojazdu lub do korzystania z usług prywatnych. Zdaniem Oferenta, jego oferta gwarantowała dostępność do świadczeń medycyny sportowej, na szerszym obszarze niż miasto Gorzów Wlkp. Ponadto, Oferent zarzucił Komisji konkursowej, że został pozbawiony możliwości udziału w negocjacjach, obejmujących cenę i liczbę świadczeń. W ocenie Oferenta, rozstrzygnięcie postępowania konkursowego nastąpiło z naruszeniem zasady równego traktowania oferentów oraz z naruszeniem zasady uczciwej konkurencji.

Pismami z dnia 6 lipca 2018 r. Oferent oraz oferenci wybrani do zawarcia umowy, zostali zawiadomieni, o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 10 lipca 2018 r. (do godz 16⁰⁰) w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze, jak również o prawie wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz złożonych żądań. Z prawa do zapoznania się z aktami sprawy skorzystał Oferent - Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu.

Decyzją nr 19/2018/KO z dnia 11 lipca 2018r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie uwzględnił odwołania Oferenta, od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000242/AOS/ 02/1/02.1370.001.02/01.

Pismem z dnia 20 lipca 2018r. Oferent złożył w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, która w pierwszej instancji została zakończona wydaniem decyzji nr 19/KO/2018. W uzasadnieniu przedmiotowego wniosku, Oferent wskazał, że podtrzymuje swoje stanowisko dotyczące odrzucenia jego oferty i tym samym nie zawarcia umowy. Zdaniem Oferenta, wybrane przez Komisję konkursową oferty nie dorównywały - pod względem jakości - ofercie złożonej przez Szpital w Międzyrzeczu. Oferent wskazał, iż złożył ofertę spełniającą wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa, w tym gwarantującą wysoką jakość usług medycznych, bowiem w ramach kryterium „jakość” uzyskał największą liczbę punktów. Wybranie oferentów, którzy pod względem jakościowym wypadli dużo słabiej, a uzyskali dodatkowe punkty za posiadanie umowy na świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz realizowali już umowy w zakresie medycyny sportowej (w ramach ubezpieczenia zdrowotnego), przeczy zachowaniu zasady uczciwej

konkurencji oraz z góry skazuje nowych świadczeniodawców na odrzucenie. W dalszej części wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent podkreślił, że wybór świadczeniodawców z terenu miasta Gorzów Wlkp., pozbawia dostępu do przedmiotowych usług medycznych – mieszkańców pozostałych powiatów, którzy zmuszeni będą do ponoszenia kosztów dojazdu lub do korzystania z usług prywatnych. Zdaniem Oferenta, jego oferta gwarantowała dostępność do świadczeń medycyny sportowej, na szerszym obszarze niż miasto Gorzów Wlkp. Ponadto, Oferent zarzucił Komisji konkursowej, że został pozbawiony możliwości udziału w negocjacjach, obejmujących cenę i liczbę świadczeń. W ocenie Oferenta, rozstrzygnięcie postępowania konkursowego nastąpiło z naruszeniem zasady równego traktowania oferentów oraz z naruszeniem zasady uczciwej konkurencji.

Pismami z dnia 24 lipca 2018 r. strony niniejszego postępowania administracyjnego, tj. Oferent oraz oferenci wybrani do zawarcia umowy, zostały zawiadomione o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 30 lipca 2018 r. w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze, jak również o prawie wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz złożonych żądań.

Pismem z dnia 30 lipca 2018r. Oferent podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko oraz ponownie wskazał, że jego oferta została najwyżej oceniona w ramach kryterium „jakość”.

Po rozpatrzeniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wniesionego przez Oferenta - Szpital Międzyrzecki spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Dyrektorem Oddziału”, zważył, co następuje:

Na podstawie przepisu art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ww. ustawy. Zgodnie z przepisem art. 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu [ust. 1]. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia [ust. 2]. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu [ust. 3]. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy [ust. 4]. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 3 [ust. 5]. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję

administracyjną w sprawie. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu [ust. 6].

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego do wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące odwołań od decyzji.

Szczegółowe warunki wymagane od oferentów oraz warunki udzielania świadczeń, objętych przedmiotem postępowania, ustalone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j.: Dz.U. z 2016, poz. 357 ze zm.) oraz w zarządzeniu nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Natomiast kryteria oceny ofert zostały określone w rozporządzeniu 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 (Dz.U. z 2016, poz. 1372 ze zm.).

Przedstawione powyżej dokumenty określają kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, które miały zastosowanie w zakończonym postępowaniu konkursowym. Dokumenty te zostały wskazane w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym.

Na podstawie przepisu art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
 - 2) kompleksowości,
 - 3) dostępności,
 - 4) ciągłości,
 - 5) ceny
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Stosownie do treści art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 3 pkt 3 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 ofert dokonano według następujących kryteriów (w nawiasach podano liczbę punktów możliwą do uzyskania przez oferentów):

I. Jakość:

1. Personel:

- 1.1. Czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny sportowej - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni (8 punktów).
- 1.2. Czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny sportowej - co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni (12 punktów).
- 1.3. Czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny sportowej - 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania - do 25% czasu pracy wszystkich

lekarzy w poradni, mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne (16 punktów),

- żadne z powyższych (0 punktów).

2. Sprzęt i aparatura medyczna:

2.1. Zestaw do prób wysiłkowych (Ergometr rowerowy lub bieżnia ruchoma współpracująca z EKG wysiłkowym) – w lokalizacji.:

- tak (10 punktów);

- nie (0 punktów).

II. Cena:

cena -obliczona zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert (maksymalnie 5 punktów) - oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert:

- podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz,
- ceną oczekiwaną przez Fundusz jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

$$A \begin{cases} C_{of} < C_{\min} \\ y_c = s \end{cases}$$
$$B \begin{cases} C_{of} \geq C_{\min} \\ y_c = \frac{s(C_{maks} - C_{of})}{C_{maks} - C_{\min}} \end{cases}$$

gdzie:

y_c - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,

$C_{maks} - 1,1 \times C_{NFZ}$

$C_{\min} - 0,9 \times C_{NFZ}$,

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

s - maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,

A - stosuje się w przypadku gdy $C_{of} < C_{\min}$,

B - stosuje się w przypadku gdy $C_{of} > C_{min}$.

Świadczenia Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej - część wspólna:

I. Jakość - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości (stwierdzone w okresie ostatnich 36 miesięcy poprzedzających dzień ogłoszenia postępowania). Maksymalna suma punktów ujemnych: 32.

1. Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5 punktów ujemnych);
 - tylko na podstawie kontroli (3 punkty ujemne);
 - żadne z powyższych (0 punktów).
2. Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5 punktów ujemnych);
 - tylko na podstawie kontroli (3 punkty ujemne);
 - żadne z powyższych (0 punktów).
3. Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli.
 - tak (2 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).
4. 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 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).
5. 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 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).
6. Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).
7. Niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1 punkt ujemny);
 - nie - (0 punktów).

8. Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).
9. 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 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).
10. Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (4 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).
11. Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (3 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).
12. Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne);
 - nie (0 punktów).

III. Jakość - pozostałe warunki. Maksymalna suma punktów: 7.

1. Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2 punkty);
 - nie (0 punktów).
2. Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych:
 - tak (2 punkty);
 - nie (0 punktów).
3. 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 punkty);
 - nie (0 punktów).

IV. Kompleksowość. Maksymalna suma punktów: 26.

1. 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 punkty);
 - nie (0 punktów).
2. Realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
- tak (8 punktów);
 - nie (0 punktów).
3. Realizacja (jedna odpowiedź do wyboru):
- realizacja profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania (8 punktów);
 - realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie odpowiadającym poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania (6 punktów);
 - nie (0 punktów).
4. Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (jedna odpowiedź do wyboru):
- dotyczy realizacji od 1 do 3 programów lekowych (4 punkty);
 - dotyczy realizacji od 4 do 6 programów lekowych (6 punktów);
 - dotyczy realizacji od 7 i więcej programów lekowych (8 punktów);
 - żadne z powyższych (0 punktów).

V. Dostępność. Maksymalna suma punktów: 11.

1. Czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi (jedna odpowiedź do wyboru):
- czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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 punkty);

- czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi 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 punktów);
 - czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin. (8 punktów);
 - żadne z powyższych (0 punktów).
2. Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń:
- tak (1 punkt);
 - nie (0 punktów).
3. Odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady:
- tak (2 punkty);
 - nie (0 punktów).

VI. Ciągłość. Maksymalna suma punktów: 23.

1. 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 punktów);
 - nie (0 punktów).
2. W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (jedna odpowiedź do wyboru):
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 5 lat (7 punktów);
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 10 lat (10 punktów);
 - żadne z powyższych (0 punktów).

VII. Inne. Maksymalna suma punktów: 2.

1. 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 punkty);
 - nie (0 punktów).

2. 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 punktów ujemnych);
- nie (0 punktów).

Za kryteria pozacenowe oferent maksymalnie mógł uzyskać 95 punktów i 5 punktów za kryterium cena.

W orzecznictwie sądów administracyjnych trafnie podkreśla się, że zarówno postępowanie w trybie konkursu ofert, jak i postępowanie w trybie rokowań, jest postępowaniem opartym na zasadzie konkurencji, co oznacza, że o ograniczoną ilość dóbr może się ubiegać nieograniczona liczba świadczeniodawców. Ustalenie wyniku tego konkurowania w postaci rankingu, tj. klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty, stanowi porównanie ofert świadczeniodawców, biorących udział w postępowaniu.

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01, ranking otwarcia przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	KRYTERIA						LICZBA PUNKTÓW ZA KRYTERIA POZACENOWE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Dworcowa"	19,00	8,00	5,00	23,00	0,00	3,250	55,00	58,250
Przychodnia Rodzinna REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska	10,00	8,00	5,00	20,00	0,00	2,50	43,00	45,50
Janusz Chojnicki	13,00	0,00	5,00	20,00	0,00	2,50	38,00	40,50
Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	29,00	0,00	5,00	0,00	-8,00	2,50	26,00	28,50

Z uwagi na fakt, iż ranking otwarcia sporządzany jest przez Komisję na zakończenie części jawnej postępowania konkursowego, w rankingu tym nie została ujęta oferta nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/3/0402, która została złożona przez Gorzowską Lecznicę Specjalistyczną Spółka z o.o. z siedzibą w Gorzowie Wlkp., bowiem została ona odrzucona przez Komisję konkursową, w trakcie części jawnej przedmiotowego postępowania konkursowego. Odrzucenie tej oferty nastąpiło na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie organ II instancji wskazuje, że w treści wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent posługuje się nieprawidłowym stwierdzeniem, że jego oferta została odrzucona. Komisja konkursowa nie odrzuciła oferty Szpitala Międzyrzeckiego spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, natomiast, oferta ta nie została wybrana do zawarcia umowy z Zamawiającym.

Prowadząc postępowanie w II instancji Dyrektor Oddziału dokonał kontroli prawidłowości oceny ofert, które nie zostały odrzucone w części jawnej postępowania konkursowego, w tym skonfrontował ich treść z uzyskaną punktacją. Dyrektor Oddziału ustalił następujący stan faktyczny:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Dworcowa”:

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny sportowej w wymiarze co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, za co otrzymał 8 punktów;
- zadeklarował zestaw do prób wysiłkowych (Ergometr rowerowy lub bieżnia ruchoma współpracujące z EKG wysiłkowym) - w lokalizacji, za co otrzymał 10 punktów;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

- zadeklarował realizację w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 8 punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844), za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował - profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym

w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania lub umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie odpowiadającym poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu od 12 godzin do 24 godzin łącznie, 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;
- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 0,97 zł, za co otrzymał 3,250 punktów.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- zadeklarował nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, co skutkowało odjęciem 2 punktów;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

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

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydanego zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów;
- 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;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co otrzymał 13 punktów;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 10 punktów;

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją, świadczeniodawca nie przekazywał w terminie danych, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych

przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował braku 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, za co nie otrzymał – 8 punktów.

Przychodnia Rodzinna REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny sportowej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował zestaw do prób wysiłkowych (Ergometr rowerowy lub bieżnia ruchoma współpracujące z EKG wysiłkowym) - w lokalizacji, za co otrzymał 10 punktów;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

- zadeklarował realizację w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 8 punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844), za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował - profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania lub umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie odpowiadającym poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m

ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu 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;
- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 1,00 zł, za co otrzymał 2,500 punktów.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego

kwalifikowania udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydane zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia 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 nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co otrzymał 13 punktów;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 7 punktów;

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją, świadczeniodawca nie przekazywał w terminie danych, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował braku 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, za co nie otrzymał – 8 punktów.

Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny sportowej w wymiarze 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania - do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, za co otrzymał 16 punktów;
- zadeklarował zestaw do prób wysiłkowych (Ergometr rowerowy lub bieżnia ruchoma współpracujące z EKG wysiłkowym) - w lokalizacji, za co otrzymał 10 punktów;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844), za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował - profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania lub umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie odpowiadającym poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych

świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu 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;
- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 1,00 zł, za co otrzymał 2,500 punktów.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego

kwalifikowania udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydanej zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów.
- 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;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją, świadczeniodawca nie przekazywał w terminie danych, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował 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, za co otrzymał – 8 punktów.

Janusz Chojnicki

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny sportowej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował zestaw do prób wysiłkowych (Ergometr rowerowy lub bieżnia ruchoma współpracujące z EKG wysiłkowym) - w lokalizacji, za co otrzymał 10 punktów;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

- nie zadeklarował realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844), za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował - profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach - odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania lub umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie odpowiadającym poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu od 12 godzin do 24 godzin łącznie, 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;
- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1 punkt;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 1,00 zł, za co otrzymał 2,500 punktów.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, lub dokumentu potwierdzającego akredytację systemu teleinformatycznego wydanego zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów.
- 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;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, za co otrzymał 13 punktów
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 7 punktów;

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją, świadczeniodawca nie przekazywał w terminie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował braku 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, za co nie otrzymał – 8 punktów.

Rozpoznając wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy, organ II instancji dokonał szczegółowej kontroli wszystkich ofert, które zostały złożone w ramach zakończonego postępowania konkursowego. Wyniki kontroli ofert zostały skonfrontowane z oceną dokonaną przez Komisję konkursową. Zdaniem organu II instancji:

- poza ofertą złożoną przez Gorzowską Lecznicę Specjalistyczną Spółkę z o.o. z siedzibą w Gorzowie Wielkopolskim, wszystkie pozostałe oferty spełniały warunki bezwzględnie wymagane,
- każda z ofert spełniających warunki bezwzględnie wymagane, została również prawidłowo oceniona, w zakresie obejmującym warunki dodatkowo oceniane (kryterialne).

W tym stanie rzeczy, ranking otwarcia postępowania konkursowego został prawidłowo sporządzony przez Komisję konkursową.

Zgodnie z przepisem art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:*

- 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Na podstawie przepisu art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.*

Stosownie do treści § 15 ust. 1 i 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: *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. Do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych.*

Ranking oferentów obejmujący ocenę kryteriów niecenowych, przedstawiał się następująco:

- 1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Dworcowa” z siedzibą w Gorzowie Wlkp. - łączna ocena za kryteria niecenowe: **55 punktów**,
- 2) Przychodnia Rodzinna REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą - łączna ocena za kryteria niecenowe: **43 punkty**,
- 3) Janusz Chojnicki, prowadzący działalność leczniczą z siedzibą w Gorzowie Wlkp. - łączna ocena za kryteria niecenowe: **38 punktów**,
- 4) Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu - łączna ocena za kryteria niecenowe: **26 punktów**.

Negocjacje prowadzone były przez Komisję konkursową, aż do wyczerpania wartości zamówienia, tj. do kwoty 150 540,00 zł, która wskazana została przez Zamawiającego w ogłoszeniu o konkursie ofert, uwzględniając podaną przez Zamawiającego liczbę umów do zawarcia (3 umowy). Zgodnie z nałożonym na Komisję konkursową obowiązkiem,

że do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych, Komisja prowadziła negocjacje w kolejności - zgodnie z rankingiem obejmującym ocenę kryteriów niecenowych. Negocjacje prowadzone były - aż do wyczerpania wartości zamówienia. W wyniku negocjacji przeprowadzonych z trzema pierwszymi oferentami, protokoły z negocjacji zostały podpisane na łączną wartość 150 539,11 zł (wartość zamówienia wskazana w ogłoszeniu to kwota 150 540,00 zł). Należy w tym miejscu podkreślić, że w zakończonym postępowaniu konkursowym oferenci mogli uzyskać za kryterium „cena” - max. 5 punktów. W rankingu otwarcia Oferent otrzymał 2,5 punkta - w ramach kryterium „cena”. Zatem, ewentualne przeprowadzenie negocjacji umożliwiłoby uzyskanie Oferentowi - dodatkowo kolejne 2,5 punkta (28,5 pkt + 2,5 pkt = 31 pkt). Mając na uwadze fakt, iż Janusz Chojnicki (trzecia pozycja w rankingu otwarcia) uzyskał łącznie 40,5 punktów, przeprowadzenie negocjacji z Oferentem, nie zmieniłoby już jego pozycji w rankingu końcowym. Zgodnie z zamieszczonym ogłoszeniem o konkursie ofert, Zamawiający chciał podpisać umowy z maksymalnie trzema oferentami. Organ II instancji podziela stanowisko organu I instancji, zgodnie z którym nieuzasadniony jest zarzut Oferenta, w przedmiocie nie przeprowadzenia z nim negocjacji. Przeprowadzenie negocjacji z Oferentem, nie wpłynęłoby już na klasyfikację w rankingu końcowym. W ocenie organu II instancji, decyzja Komisji konkursowej o nieprzeprowadzeniu negocjacji z Oferentem, została podjęta zgodnie z przepisem § 15 ust. 1 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.

Uwzględniając wyniki przeprowadzonych negocjacji, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	KRYTERIA						ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	Decyzja o wybraniu oferty TAK/NIE
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Dworcowa"	19,00	8,00	5,00	23,00	0,00	3,250	58,250	TAK
Przychodnia Rodzinna REMEDIIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska	10,00	8,00	5,00	20,00	0,00	2,50	45,50	TAK
Janusz Chojnicki	13,00	0,00	5,00	20,00	0,00	2,50	40,50	TAK
Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	29,00	0,00	5,00	0,00	-8,00	2,50	28,50	NIE

W dniu 29 czerwca 2018 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01, poprzez dokonanie wyboru:

- oferty nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/1/0402, która została złożona przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Dworcowa” z siedzibą w Gorzowie Wlkp.,
- oferty nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/2/0402, która została złożona przez Przychodnię Rodzinną REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą,
- oferty nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01/5/0402, która została złożona przez Janusza Chojnickiego, prowadzącego działalność leczniczą z siedzibą w Gorzowie Wlkp.

Zgodnie z przepisem art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 tej ustawy. (1.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kreuje nie tylko uprawnienia świadczeniodawców do wnoszenia środków odwoławczych, ale także określa niezbędne przesłanki determinujące wynik postępowań odwoławczych jak i wynik sądownoadministracyjnej kontroli. Dla uznania skuteczności wniesionych środków odwoławczych konieczne jest bowiem najpierw pozytywne ustalenie, że w przeprowadzonym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zostały naruszone zasady tegoż postępowania, po czym ustalenie, że naruszenie to spowodowało uszczerbek w interesie prawnym strony. (2.) Obowiązkiem organu, w ramach procedury uruchamianej wskutek wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym, czy we wcześniejszej nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Zakres kontroli jest zatem związany ściśle z pojęciem uszczerbku interesu prawnego, powstałego w wyniku naruszenia przepisów prawa. (3.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza dodatkową przesłankę uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowania, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy. [sentencja wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 20 kwietnia 2011 r., wydanego w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 474/10].*

Należy podkreślić, iż rozpoznając wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który został wniesiony przez Oferenta - Szpital Międzyrzecki spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu, organ II instancji ponownie dokonał szczegółowej kontroli wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone w części jawnej postępowania konkursowego. Wyniki kontroli ofert zostały skonfrontowane, z oceną dokonaną przez Komisję konkursową.

W ocenie organu II instancji, zarówno ranking otwarcia, jak i ranking końcowy przedmiotowego postępowania konkursowego, zostały prawidłowo sporządzone przez Komisję konkursową.

Zdaniem Dyrektora Oddziału, dokonana przez Komisję konkursową ocena ofert, została przeprowadzona w zakresie określonym - zgodnie z przepisem art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w oparciu o zasady szczegółowo opisane 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.

W ramach wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent podniósł zarzut, że wybrane przez Komisję konkursową oferty nie dorównywały - pod względem jakości - ofercie złożonej przez Szpital w Międzyrzeczu. Ponadto, Oferent wskazał, iż złożył ofertę spełniającą wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa, w tym gwarantującą wysoką jakość usług medycznych, bowiem w ramach kryterium „jakość” uzyskał największą liczbę punktów. Odnosząc się do tego zarzutu organ II instancji wskazuje, że na podstawie przepisu art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
 - 2) kompleksowości,
 - 3) dostępności,
 - 4) ciągłości,
 - 5) ceny
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Zatem, wskazywane przez Oferenta kryterium „jakość” nie jest jedynym kryterium ocenianym przez komisję konkursową. Zgodnie z wolą ustawodawcy, jest to jedno z pięciu kryteriów podlegających ocenie. W konsekwencji uzyskanie najwyższej liczby punktów w ramach jednego z ocenianych kryteriów, nie gwarantuje dokonania wyboru takiej oferty, bowiem zgodnie z przepisem art. 148 ust. 1 w/w ustawy, jest ona oceniana w świetle wszystkich pięciu kryteriów. Gdyby Komisja konkursowa dokonała oceny ofert w zakończonym postępowaniu konkursowym, tylko w ramach kryterium „jakość”, to wówczas naruszyłaby ten przepis. Zdaniem organu II instancji, dokonanie przez Komisję konkursową porównania ofert, w oparciu o wszystkie ustawowe kryteria, nie może stanowić naruszenia zasad postępowania, bowiem działanie to było prawidłowe.

Oferent podniósł również zarzut naruszenia zasady uczciwej konkurencji, wskutek przyznania pozostałym oferentom dodatkowych punktów za wcześniejsze realizowanie umowy zawartej z Zamawiającym w zakresie medycyny sportowej. Odnosząc się do tego zarzutu, organ II instancji wyjaśnia, że realizacja na podstawie umowy przez oferenta - w dniu złożenia oferty – procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach kontraktowanego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie konkursowe, oceniana jest w ramach kryterium „ciągłość”, o którym mowa w art. 148 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy podkreślić, że na podstawie przepisu art. 5 pkt 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pod pojęciem ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – należy rozumieć organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia

świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 2 lutego 2017 r., który został wydany w sprawie pod sygn. akt: II GSK 5488/16, Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że *cel kryterium „ciągłości” wiąże się z ograniczeniem ryzyka przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów. Zatem ma na uwadze dobro pacjentów. Wagę tego interesu pacjentów trzeba uznać za proporcjonalną do pewnego uprzywilejowania świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej już świadczących te usługi.*

W ocenie organu II instancji, ustawowe kryterium „ciągłość” zostało prawidłowo zastosowane przez Komisję w zakończonym postępowaniu konkursowym. W konsekwencji brak jest podstaw do uznania, że Komisja konkursowa naruszyła zasadę uczciwej konkurencji. Działanie Komisji konkursowej było zgodne w tym zakresie z obowiązującymi przepisami prawa.

Organ II instancji za nieuzasadniony uznał również zarzut sformułowany przez Oferenta, w postaci przyznania konkurentom dodatkowych punktów za realizowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Realizacja takiej umowy przez oferentów, oceniana była przez Komisję konkursową w ramach kryterium „kompleksowość”. Ocena ta, zdaniem Dyrektora Oddziału, została prawidłowo przeprowadzona. Na marginesie należy wskazać, że reprezentant Oferenta, tj. Prezes Zarządu Szpitala Międzyrzeckiego spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, załączył do składanej oferty piemne oświadczenie, że nie wnosi zastrzeżeń do warunków zawarcia umów. W konsekwencji, Oferent składając swoją ofertę, nie miał zastrzeżeń co do kryteriów oceny ofert, znał również ich wartość punktową i zasady oceny. Jak wynika z treści wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, zastrzeżenia w tym zakresie pojawiły się u Oferenta, dopiero po zakończeniu postępowania konkursowego, w którym jego oferta nie została wybrana. Dokonana przez Komisję ocena ofert w ramach kryterium „kompleksowość”, została prawidłowo przeprowadzona.

Komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 04-18-000242/AOS/02/1/02.1370.001.02/01, nie naruszyła zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Należy podkreślić, że przejawem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców - jest określona w przepisie art. 146 i art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych delegacja do wydania przez:

- Prezesa Funduszu - dokumentu, określającego przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz warunki wymagane od świadczeniodawców,
- Ministra Zdrowia - rozporządzenia, określającego kryteria oceny ofert.

Ponadto, zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert, do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem

zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Naruszeniem tej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu - w stosunku do niektórych świadczeniodawców - dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w badanym postępowaniu nie miała miejsca. W przeprowadzonym konkursie ofert obowiązywały te same wymagania, w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie oferentów i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców, jak również nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Wszelkie dokumenty związane z postępowaniem udostępniane były oferentom na takich samych zasadach. Należy również podkreślić, że zasada równego traktowania oferentów, nie oznacza, że każdy z oferentów uczestniczących w postępowaniu konkursowym, powinien otrzymać kontrakt.

W ramach zakończonego postępowania konkursowego, Oferent uzyskał - za wszystkie oceniane kryteria - łącznie 28,5 punkta, a gdyby przeprowadzono z nim negocjacje mógłby uzyskać dodatkowe 2,5 punkta. Trzeci w rankingu końcowym oferent - Janusz Chojnicki uzyskał 40,5 punkta. Mając na uwadze fakt, iż zgodnie z zamieszczonym ogłoszeniem o konkursie ofert, Zamawiający mógł podpisać umowy z maksymalnie trzema oferentami, dokonane przez Komisję konkursową rozstrzygnięcie postępowania, należy uznać za prawidłowe. W prawidłowo sporządzonym rankingu końcowym, Oferent zajął czwartą pozycję, która nie kwalifikowała do zawarcia umowy z Zamawiającym.

Dyrektor Oddziału nie podziela twierdzeń Oferenta, że wybór świadczeniodawców z terenu miasta Gorzów Wlkp., pozbawia dostępu do przedmiotowych usług medycznych – mieszkańców pozostałych powiatów, którzy zmuszeni będą do ponoszenia kosztów dojazdu lub do korzystania z usług prywatnych. Oferent podkreślił również, że jego oferta gwarantowała dostępność do świadczeń medycyny sportowej, na szerszym obszarze niż miasto Gorzów Wlkp. Należy w tym miejscu przypomnieć, że konkurs ofert został ogłoszony dla obszaru powiatów: 0801 - gorzowski, 0803 - międzyrzecki, 0805 - słubicki, 0806 - strzelecko-drezdenecki, 0807- sulęciński, 0861- miasto Gorzów Wielkopolski. Obszar ujęty w tym ogłoszeniu odpowiada założeniom przyjętym przez Dyrektora Oddziału w planie zabezpieczenia świadczeń na 2018 rok, który został sporządzony na podstawie przepisu art. 107 ust. 5 pkt 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W planie tym województwo lubuskie zostało podzielone na dwa obszary kontraktowania świadczeń – w zakresie medycyny sportowej, tj.: na obszary obejmujące powiaty:

- 1) gorzowski, międzyrzecki, słubicki, strzelecko-drezdenecki, sulęciński oraz miasto Gorzów Wielkopolski;
- 2) krośnieński, nowosolski, zielonogórski, żarski, żagański, wschowski oraz miasto Zielona Góra.

Należy podkreślić, że warunkiem wymaganym w zakończonym postępowaniu konkursowym było wykazanie, że świadczenia stanowiące przedmiot postępowania będą realizowane w ramach komórki organizacyjnej oferenta, która zlokalizowana jest na obszarze kontraktowania (któregoś ze wskazanych w ogłoszeniu powiatów). Wybrane oferty spełniają ten warunek, bowiem ich komórki organizacyjne zlokalizowane są - odpowiednio - na terenie miasta Gorzów Wlkp. (oferta nr 1 i 3 rankingu końcowego) oraz na terenie miasta Kostrzyn nad Odrą (oferta nr 2 rankingu

końcowego). Zdaniem Dyrektora Oddziału, ewentualny wybór Oferenta do realizacji kontraktowanych usług medycznych, nie gwarantowałyby ich dostępności na szerszym obszarze, a ponadto, świadczeniobiorcy z innych powiatów również musieliby ponosić koszty dojazdu.

W ocenie organu II instancji, Komisja konkursowa prawidłowo porównała wszystkie oferty, zarówno w zakresie warunków bezwzględnie wymaganych, jak i warunków dodatkowo ocenianych. W konsekwencji, w ramach zakończonego postępowania konkursowego nie doszło do naruszenia zasad tego postępowania, tj. przepisu prawa, który miałby wpływ na ocenę możliwości zawarcia przez Oferenta - umowy o świadczenie usług medycznych.

Zatem, nie doszło do naruszenia interesu prawnego Oferenta. W tym stanie rzeczy, należało orzec jak w sentencji.

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji stronie przysługuje prawo do wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp., za pośrednictwem Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Podgórznej 9B, w terminie 30 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji. Wpis od skargi wynosi 200,00 zł i powinien zostać uiszczony w formie gotówki w kasie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp. lub w formie przelewu na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp. Na zasadach określonych w przepisach art. 239 do art. 242 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j.: Dz.U. z 2017 r., poz. 1369 ze zm.) strona może ubiegać się o zwolnienie od kosztów sądowych, a ponadto, na zasadach określonych w przepisach art. 243 do art. 262 wskazanej powyżej ustawy strona może ubiegać się o przyznanie prawa pomocy.

DYREKTOR
Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Zielonej Górze

Piotr Bromber

Otrzymują:

- 1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Dworcowa” z siedzibą w Gorzowie Wlkp. przy ul. Dworcowej 13,
- 2) Przychodnia Rodzinna REMEDIUM s.c. Krzysztof Moczulski, Dorota Moczulska, Katarzyna Moczulska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą przy ul. Jagiellońskiej 2,
- 3) Janusz Chojnicki, prowadzący działalność leczniczą z siedzibą w Gorzowie Wlkp. przy ul. Franciszka Walczaka 23E,
- 4) Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Międzyrzeczu przy ul. Konstytucji 3 Maja 35,
- 5) a/a.

