

Poznań, dnia 18 stycznia 2017 roku

WO-DP.422.13.2016

DECYZJA NR 2/2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 20 grudnia 2016 roku postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe, wniesionego przez Piotra Nowaka, Martę Nowak, Mateusza Nowaka prowadzących w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax z siedzibą w Gnieźnie (62-200) przy ul. Wrzesińskiej 28, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz 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), ogłosił w dniu 10 listopada 2016 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju

ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 132 461,60 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to dwie umowy.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 20 grudnia 2016 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, 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.

Dnia 27 grudnia 2016 roku w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zostało złożone osobiście odwołanie Piotra Nowaka, Marty Nowak, Mateusza Nowaka prowadzących w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax z siedzibą w Gnieźnie (62-200) przy ul. Wrzesińskiej 28, zwanych

dalej „Odwołującym”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 20 grudnia 2016 roku postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe, Odwołujący zarzuca, iż w trakcie prowadzonego postępowania naruszone zostały następujące przepisy Ustawy: art. 134, art. 149 ust. 1 pkt 2 oraz art. 150 ust. 1 pkt 2. Jak stwierdza Odwołujący naruszenie wymienionych przepisów skutkowało przede wszystkim naruszeniem zasad równego traktowania oferentów (w tym Odwołującego), czym naruszony został jego interes prawny. Odwołujący w uzasadnieniu odwołania zarzuca kontroferentowi Przychodni Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, iż odpowiadając na pytanie ankietowe oferty konkursowej o prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1535 ze zm.), zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, podał nieprawdę. Według argumentacji Odwołującego ustawodawca nie przewidział warunkowego albo domyślnego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej. Jak wskazuje w odwołaniu, dokumentacja medyczna od początku powinna spełniać wymogi art. 11 ust. 1 o systemie informacji w ochronie zdrowia. Odwołujący zwraca zatem uwagę, iż przywołany przepis zawiera wprost odwołanie do art. 2 pkt 6 lit. b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z brzmieniem którego elektroniczną dokumentację medyczną stanowi dokumentacja medyczna indywidualna, z wyłączeniem skierowań, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. Poz. 186, 823, 960 i 1070), wytworzona w postaci elektronicznej. Zdaniem Odwołującego ze zgromadzonego materiału, z treści złożonego przez kontroferenta Przychodnię Centrum spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością protestu, jak i jego dalszych wyjaśnień, nie wynika, żeby prowadzona przez Przychodnię Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dokumentacja spełniała ww. wymogi, a w szczególności, żeby była wytwarzana w pełni w wersji elektronicznej. W opinii Odwołującego, kontroferent Przychodni Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nie spełnia również wymogów określonych w art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, do którego odsyła art. 11 ust. 1 tej ustawy. Odwołujący wskazuje również, na fakt, iż w przypadku postępowania, w trakcie którego pozostała jedna nieodrzucona oferta, postępowanie winno być unieważnione, a ponieważ komisja konkursowa nie unieważniła postępowania, dokonane przez nią rozstrzygnięcie było wadliwe. Odwołujący wnosi o uchylenie wadliwego rozstrzygnięcia konkursu zgodnie z normami prawa przepisane.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 28 grudnia 2016 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego

Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 10 stycznia 2017 roku. W dniu 2 stycznia 2017 roku z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystał Odwołujący, w dniu 3 stycznia 2017 roku oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, a w dniu 4 stycznia 2017 roku oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

W dniu 29 grudnia 2016 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Tomasza Czernika zamieszkałego w przy ul. , osoby fizycznej, która nie była stroną postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, w którym poinformował, iż oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością podał w ofercie nieprawdziwe informacje w zakresie jednego z pytań ankiety ofertowej. Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością wskazał, iż nie dotyczy go warunek posiadania ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą 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. W ocenie Tomasza Czernika powyższa deklaracja oferenta ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością była niezgodna ze stanem faktycznym, bowiem z księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonej pod nr 0186110 dla spółki ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością wynika, iż spółka została zarejestrowana w rejestrze w dniu 13 września 2016 roku i nie jest następcą prawnym żadnego innego podmiotu. W związku z powyższym jest to nowy podmiot leczniczy, który po 29 czerwca 2016 roku rozpoczął prowadzenie działalności leczniczej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a zatem winien w ankiecie ofertowej zaznaczyć, że wyżej przytoczony warunek posiadania ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą 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 go dotyczy, i tym samym do określenia (poprzez udzielenie odpowiedzi „Tak”/”Nie”) czy opisaną opinię posiada czy też nie.

Kolejno w dniu 2 stycznia 2017 roku Odwołujący w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału

Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia złożył uzupełnienie odwołania, w którym sformułował zarzut podania nieprawdziwych informacji w ofercie przez oferenta spółkę ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Odwołujący zwrócił uwagę, na fakt, że oferent spółka ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zobowiązany był posiadać ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczącą podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W ocenie Odwołującego, oferent spółka ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością na wyżej przywołane pytanie ankiety ofertowej winien udzielić odpowiedzi „Nie” za co zostałyby odjęte mu punkty w rankingu ofert. Skoro jednak oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy” zawarł w ofercie nieprawdziwe informacje, co winno skutkować odrzuceniem oferty.

Kolejno pismem z dnia 5 stycznia 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wezwał oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością do przedłożenia oryginału załączonej do oferty „Umowy na wykonywanie usług medycznych” z Pracownią Rentgenodiagnostyki przy ul. Chudoby 16a w Gnieźnie. Jednocześnie poinformował tego oferenta o przesunięciu terminu do wydania decyzji administracyjnej na dzień 13 stycznia 2017 roku. Informacja o przesunięciu terminu wydania decyzji administracyjnej została przesłana również pozostałym uczestnikom postępowania administracyjnego.

W dniu 9 stycznia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Oferenta ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w którym kwestionuje się prawidłowość wniesienia odwołania przez Oferenta Vivax s.c.. Jak wskazuje się w treści pisma, odwołanie wniesione zostało przez spółkę cywilną, a nie przez osoby fizyczne – współników tej spółki, a spółka cywilna nie posiada zdolności do czynności prawnych i nie może być stroną postępowania administracyjnego. W związku z powyższym, jak wskazuje Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie powinien w ogóle wszczynać postępowania administracyjnego, a tylko wydać postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania. Nadto Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zwraca uwagę, iż pismo Tomasza Czerniaka nie powinno być w ogóle rozpatrywane przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ze względu na fakt, że zostało złożone przez osobę nie będącą świadczeniodawcą biorącym udział w postępowaniu. Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością odnosi się także do zarzutu podania nieprawdziwych informacji w złożonej w postępowaniu konkursowym ofercie wskazując, że jest to zarzut bezpodstawny. Jak argumentuje Oferent, wypełniając formularz ofertowy działał w przekonaniu, iż winien był brać pod uwagę datę kiedy spółka ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością de facto została utworzona. Zwraca uwagę, że proces tworzenia spółki z ograniczoną odpowiedzialnością rozpoczyna się od zawarcia umowy spółki, a kończy się z chwilą wpisu spółki do rejestru. Z chwilą zawarcia umowy spółki powstaje spółka z ograniczoną

odpowiedzialnością w organizacji. Ostatnim etapem koniecznym do powstania spółki z ograniczoną odpowiedzialnością jest jej wpis do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego. Jak dalej uzasadnia Oferent oba zdarzenia, a więc zawarcie umowy spółki (co nastąpiło w dniu 15 kwietnia 2016 roku) oraz wpis do rejestru przedsiębiorców, który nastąpił w dniu 21 maja 2016 roku, miały miejsce przed dniem wejścia w życie art. 148 ust. 2 pkt 2 Ustawy, czyli przed dniem 30 czerwca 2016 roku, co w ocenie Oferenta uzasadniało udzielenie odpowiedzi „Nie dotyczy” w formularzu ofertowym na pytanie w przedmiocie „braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95 d ust. 2 ustawy”. Nadto, Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zwraca uwagę na literalne brzmienie art. 95d ust. 1 pkt 2 Ustawy, zgodnie z którym opinia o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub innej inwestycji w tym zakresie wydana może być tylko tym podmiotom wnioskującym (art. 95e ust. 1 ustawy), które dokonują inwestycji (szczegółowo wymienionych w art. 95d ust. 4 ustawy) o wartości przekraczającej 2 miliony zł w okresie 2 lat. Jak wskazuje Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w jego przypadku nie było potrzeby, aby dla realizacji umowy, o której zawarcie się ubiegał w konkursie ofert konieczne były inwestycje na takim poziomie (czyli o wartości przekraczającej 2 miliony zł w okresie 2 lat), stąd też w swojej ocenie zasadnie nie zwracał się do właściwego organu o wydanie opinii o celowości inwestycji.

W dniu 11 stycznia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością stanowiące odpowiedź na wezwanie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 stycznia 2017 roku. Do wyżej wymienionego pisma oferent załączył oryginał umowy „Umowy na wykonywanie usług medycznych” z Pracownią Rentgenodiagnostyki przy ul. Chudoby 16a w Gnieźnie. Pismem z dnia 13 stycznia 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował uczestników postępowania o przesunięciu terminu do wydania decyzji administracyjnej na dzień 18 stycznia 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 20 grudnia 2016 roku postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane

w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, kata postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pisma jakie uczestnicy postępowania administracyjnego złożyli w trakcie rozpatrywania odwołania, w tym również pismo złożone przez Tomasza Czerniaka oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe oferty złożyli Odwołujący, Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 357),
- 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.),
- 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),
- zarządzenia Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 10 listopada 2016 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła ofertę złożoną przez Odwołującego. Odwołujący składając ofertę w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 zadeklarował wykonywanie w lokalizacji badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca. Zgodnie zaś z postanowieniami załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357) „WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W PRZYPADKU BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI” część III „ŚWIADCZENIA ELEKTROFIZJOLOGICZNE”, warunkiem wykonywania badań wysiłkowych serca na bieżni ruchomej oraz badań wysiłkowych serca na ergometrze rowerowym jest posiadanie ruchomej bieżni elektrycznej oraz cykloergometru rowerowego. Komisja konkursowa po dokonaniu analizy i kolejno weryfikacji oferty złożonej przez Odwołującego ustaliła, że Odwołujący udzielił nieprawdziwych informacji w zakresie kryterium kompleksowości, bowiem niezgodna ze stanem faktycznym była odpowiedź udzielona na pytanie numer 1.1.2 w ROZDZIALE 1.1. w części VIII. FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY”: „Badania elektrokardiograficzne wysiłkowe serca - w lokalizacji.” Weryfikacja oferty Odwołującego, przeprowadzona w dniu 7 grudnia 2016 roku na podstawie § 17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, wykazała, że Odwołujący w lokalizacji posiada jedynie cykloergometr, nie posiada natomiast bieżni elektrycznej, co zostało stwierdzone w podpisanym przez Zespół Weryfikujący i Odwołującego załączniku nr 1 do protokołu weryfikacji z dnia 7 grudnia 2016 r. Złożony w dniu 15 grudnia 2016 roku przez Odwołującego do komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 protest na czynność odrzucenia oferty dokonaną w dniu 8 grudnia 2016 roku nie został uwzględniony.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła również ofertę złożoną przez oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Oferent ten, w złożonej przez siebie ofercie na pytanie numer 2.5.4 w ROZDZIALE 2.5 w części VIII. FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY”: „Prowadzenie dokumentacji medycznej.” udzielił odpowiedzi: „Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.”. Weryfikacja oferty tego Oferenta, przeprowadzona na podstawie § 17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert,

powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy wykazała, że prowadzona dokumentacja medyczna nie spełnia warunków prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej określonych w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 ze zm.) i przepisów wydanych na podstawie tego artykułu, a także innych przepisów prawa w tym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069). Złożony w dniu 12 grudnia 2016 roku przez Oferenta Przychodnię Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością protest na czynność odrzucenia oferty został przez komisję konkursową uwzględniony. Komisja prowadząca postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 zgodziła się z argumentem podniesionym w proteście przez Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zgodnie z którym posiadanie przez Oferenta wersji papierowej dokumentacji medycznej (lub na nośnikach), nie wytworzonej przez niego, a dostarczonej przez pacjentów, będzie występowało zawsze, ze względu na fakt, że pacjenci samodzielnie przynoszą lekarzom dokumentację medyczną w postaci papierowej, która następnie przenoszona jest w przewidziany prawem sposób do systemu informatycznego, co odbywa się w terminie późniejszym, po zakończeniu przyjmowania pacjenta. Komisja konkursowa zgodziła się z uzasadnieniem, że zgodnie z przepisami z art. 81 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej dokumentacja papierowa lub na nośnikach powinna być po jej odzwierciedleniu w systemie informatycznym, oddana pacjentowi lub zniszczona.

Do części niejawniej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe, oferty Przychodni Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów umożliwił dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 ust. 2 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 dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
 - a) kwalifikacje personelu (maksymalnie 34,00 pkt),
 - b) sprzęt i aparatura medyczna (maksymalnie 6,00 pkt)

- c) realizację wybranych świadczeń (maksymalnie 6,00 pkt),
 - d) wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (do -23,00 pkt),
 - e) pozostałe warunki, w tym:
 - posiadanie certyfikatu systemu zarządzania (maksymalnie 2,00 pkt),
 - prowadzenie dokumentacji medycznej (maksymalnie 5,00 pkt),
 - wykonywanie Świadczeniobiorcom pierwszorazowym świadczeń (świadczeniobiorcy, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie, o których mowa w tabeli nr 1, i otrzymują świadczenie na podstawie art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach) - w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, stanowią co najmniej 20% wszystkich świadczeniobiorców (maksymalnie 1 pkt),
 - wykonanie świadczeniobiorcy do 18. r. życia świadczeń, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (maksymalnie 2,00 pkt)
2. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez:
- a) organizację udzielania świadczeń (maksymalnie 3,00 pkt),
 - b) dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych (maksymalnie 2,00 pkt),
 - c) czas pracy poradni w tygodniu (maksymalnie 6,00 pkt)
 - d) stosunek łącznego czasu pracy lekarzy w poradni w tygodniu do czasu pracy poradni w tygodniu (maksymalnie 3,00 pkt),
3. zapewnienie kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
- możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki (maksymalnie 2,00 pkt),
 - możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy w poradni przyszpitalnej (maksymalnie 1 pkt),
 - możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy w poradni przyszpitalnej w której co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni

przyspitalnej na dzień złożenia oferty stanowią lekarze wykonujący zawód w oddziale szpitalnym w ramach umowy (maksymalnie: 2 pkt),

4. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (maksymalnie 5,00 pkt),
- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - nieprzerwanie od 5 lat (maksymalnie 2,00 pkt),
 - nieprzerwanie od 10 lat (maksymalnie 5,00 pkt),

5. inne warunki oceniane, w tym:

- współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),
- brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy – dotyczy podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą utworzonych po 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania (-8,00 pkt)

6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – 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 (maksymalnie 5,00 pkt).

W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 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:

- 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Dnia 20 grudnia 2016 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe wskazano ESD spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością i Przychodnię Centrum spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
Przychodnia Centrum sp. z o.o.	2,50	5,00	0,00	45,00	7,00	59,50	TAK
ESD sp. z o.o.	2,50	0,00	2,00	40,00	2,00	44,50	TAK

Wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna” (AOS) i Tabeli nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – część wspólna” załącznika nr 2 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna” do rozporządzenia 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 oraz załącznika nr 2 „WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W PRZYPADKU BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz zarządzenia Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe i uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował wykonywania kontroli urządzeń wszczepialnych serca - w lokalizacji, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu ambulatoryjnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował wykonywania badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował wykonywania badań echokardiografii przezprzelykowej lub echokardiografii obciążeniowej - w lokalizacji, 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 pkt 3 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy w poradni przyszpitalnej, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował, że co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni przyszpitalnej na dzień złożenia oferty stanowią lekarze wykonujący zawód w oddziale szpitalnym w ramach umowy, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii – 100 % czasu pracy pracowni, za co otrzymał 30,00 punktów,
- zadeklarował pielęgniarkę - co najmniej 50% czasu pracy poradni, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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, co skutkowało nieodejmowaniem 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe

- kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - w zakresie realizacji wybranych świadczeń nie zadeklarował realizacji:
 - 1/ umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP) (ICD-10: I27, I27.0), za co nie otrzymał punktów,
 - 2/ umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem, epoprostenolem i macytentanem (ICD-10: I27, I27.0), za co nie otrzymał punktów,
 - 3/ umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH) (ICD-10: I27, I27.0 lub I26), za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował posiadanie Echokardiografu z opcją Dopplera - w lokalizacji, za co otrzymał 2,00 punkty,
 - zadeklarował posiadanie Holtera EKG - w lokalizacji, za co otrzymał 2,00 punkty,
 - zadeklarował posiadanie Holtera RR (ABPM) - w lokalizacji, za co otrzymał 2,00 punkty,
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt,
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował wykonania świadczeń Świadczeniobiorcom pierwszorazowym (świadczeniobiorcy, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie, o których mowa w tabeli nr 1, i otrzymują świadczenie na podstawie art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach) - w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, stanowią co najmniej 20% wszystkich świadczeniobiorców, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował wykonania świadczeń Świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których wykonano świadczenia, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował czasu pracy poradni powyżej 24 godzin w tygodniu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, iż łączny czas pracy lekarzy w poradni w tygodniu jest wyższy niż czas pracy poradni w tygodniu, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,
- wskazał, iż nie dotyczy go warunek braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub

komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 9,20 zł, za co otrzymał 2,50 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował wykonywania kontroli urządzeń wszczepialnych serca - w lokalizacji, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu ambulatoryjnym, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował wykonywania badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował wykonywania badań echokardiografii przezprzetykowej lub echokardiografii obciążeniowej - w lokalizacji, 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 pkt 3 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy w poradni przyszpitalnej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni przyszpitalnej na dzień złożenia oferty stanowią lekarze wykonujący zawód w oddziale szpitalnym w ramach umowy, za co nie otrzymał punktów.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii – 100 % czasu pracy pracowni, za co otrzymał 30,00 punktów,
- zadeklarował pielęgniarkę - co najmniej 50% czasu pracy poradni, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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, co skutkowało nieodejmowaniem 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- w zakresie realizacji wybranych świadczeń nie zadeklarował realizacji:

- 1/ umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP) (ICD-10: I27, I27.0), za co nie otrzymał punktów,
 - 2/ realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem, epoprostenolem i macytentanem (ICD-10: I27, I27.0), za co nie otrzymał punktów,
 - 3/ realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH) (ICD-10: I27, I27.0 lub I26), za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie Echokardiografu z opcją Dopplera - w lokalizacji, za co otrzymał 2,00 punkty,
 - zadeklarował posiadanie Holtera EKG - w lokalizacji, za co otrzymał 2,00 punkty,
 - zadeklarował posiadanie Holtera RR (ABPM) - w lokalizacji, za co otrzymał 2,00 punkty,
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 5,00 punktów,
 - zadeklarował wykonywanie świadczeń Świadczeniobiorcom pierwszorazowym (świadczeniobiorcy, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie, o których mowa w tabeli nr 1, i otrzymują świadczenie na podstawie art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach) - w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, stanowią co najmniej 20% wszystkich świadczeniobiorców, za co otrzymał 1,00 punkt,
 - nie zadeklarował wykonania świadczeń Świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których wykonano świadczenia, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, za co nie otrzymał punktów,
- W zakresie kryterium dostępności:
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty,

- zadeklarował, że czas pracy poradni w tygodniu, wynosi od 36 godzin do 48 godzin włącznie za co otrzymał 4,00 punkty,
- zadeklarował, że łączny czas pracy lekarzy w poradni w tygodniu jest wyższy niż czas pracy poradni w tygodniu i wynosi od 36 godzin do 54 godzin włącznie, za co otrzymał 1,00 punkt.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5,00 punktów,
- nie zadeklarował, iż 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, iż 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, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,
- wskazał, iż nie dotyczy go warunek braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 9,20 zł, za co otrzymał 2,50 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferta złożona przez Odwołującego, ze względu na fakt jej odrzucenia nie podlegała ocenie w trakcie postępowania konkursowego. Wskazać zatem należy, iż uwzględniając udzielone w ofercie odpowiedzi na pytania ankietowe, oferta Odwołującego uzyskałaby następującą ocenę:

W zakresie kryterium kompleksowości Odwołujący:

- nie zadeklarował wykonywania kontroli urządzeń wszczepialnych serca - w lokalizacji, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu ambulatoryjnym, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował wykonywanie badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca - w lokalizacji, za co otrzymałby 2,00 punkty,

- nie zadeklarował wykonywania badań Echokardiografii przezprzelykowej lub echokardiografii obciążeniowej - w lokalizacji, za co nie otrzymałby 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 pkt 3 rozporządzenia ambulatoryjnego, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy w poradni przyszpitalnej, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni przyszpitalnej na dzień złożenia oferty stanowią lekarze wykonujący zawód w oddziale szpitalnym w ramach umowy, za co nie otrzymałby punktów.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii – 100 % czasu pracy pracowni, za co otrzymałby 30,00 punktów,
- zadeklarował pielęgniarkę ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 – co najmniej 50% czasu pracy poradni, za co otrzymałby 4,00 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - w zakresie realizacji wybranych świadczeń nie zadeklarował realizacji:
 - 1/ umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP) (ICD-10: I27, I27.0), za co nie otrzymałby punktów,
 - 2/ realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem, epoprostenolem i macytentanem (ICD-10: I27, I27.0), za co nie otrzymałby punktów,
 - 3/ realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH) (ICD-10: I27, I27.0 lub I26), za co nie otrzymałby punktów,
 - zadeklarował posiadanie Echokardiografu z opcją Dopplera - w lokalizacji, za co otrzymałby 2 punkty,
 - zadeklarował posiadanie Holtera EKG - w lokalizacji, za co otrzymałby 2,00 punkty,
 - zadeklarował posiadanie Holtera RR (ABPM) - w lokalizacji, za co otrzymałby 2,00 punkty,

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymałby 1,00 punkt,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował wykonania świadczeń Świadczeniobiorcom pierwszorazowym (świadczeniobiorcy, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie, o których mowa w tabeli nr 1, i otrzymują świadczenie na podstawie art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach) - w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, stanowią co najmniej 20% wszystkich świadczeniobiorców, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował wykonania świadczeń Świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których wykonano świadczenia, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, za co nie otrzymałby punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymałby 2,00 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy poradni w tygodniu, wynosi od 36 godzin do 48 godzin włącznie za co otrzymałby 4,00 punkty,
- nie zadeklarował, że łączny czas pracy lekarzy w poradni w tygodniu jest wyższy niż czas pracy poradni w tygodniu, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymałby 5,00 punktów,

- nie zadeklarował, iż 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, iż 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, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymałby punktów,
- wskazał, iż nie dotyczy go warunek braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 9,00 zł, za co otrzymałby 3,04 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny. Uwzględniając udzielone odpowiedzi na pytania ankietowe i przydzielone za te odpowiedzi punkty wskazać należy, iż oferta Odwołującego uzyskałaby następującą ocenę (gdyby nie została odrzucona w toku postępowania)

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA					
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY
Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak VIVAX s.c.	3,04	5,00	2,00	41,00	6,00	57,04

Ponadto wskazać należy, iż w poszczególnych ofertach wszyscy oferenci zadeklarowali każdorazowo, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał 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.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02. 1100.001.02/01

w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe wskazać należy, co następuje.

Na wstępie przypomnieć należy, iż oferta Odwołującego, decyzją komisji konkursowej z dnia 8 grudnia 2016 roku została odrzucona na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. Odwołujący składając ofertę w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 zadeklarował wykonywanie w lokalizacji badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca. Zgodnie zaś z postanowieniami załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357) „WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W PRZYPADKU BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI” część III „ŚWIADCZENIA ELEKTROFIZJOLOGICZNE”, warunkiem wykonywania badań wysiłkowych serca na bieżni ruchomej oraz badań wysiłkowych serca na ergometrze rowerowym jest posiadanie ruchomej bieżni elektrycznej oraz cykloergometru rowerowego, zatem obu tych urządzeń jednocześnie. Po dokonaniu analizy oferty złożonej przez Odwołującego oraz przeprowadzonej weryfikacji oferty ustalono, iż Odwołujący udzielił nieprawdziwych informacji w zakresie kryterium kompleksowości, udzielając niezgodnie ze stanem faktycznym odpowiedzi na pytanie numer 1.1.2 w ROZDZIALE 1.1. w części VIII. FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY”: „Badania elektrokardiograficzne wysiłkowe serca - w lokalizacji.” Odwołujący w lokalizacji posiadał jedynie cykloergometr, brak było natomiast bieżni elektrycznej, co zostało stwierdzone w podpisanym przez Zespół Weryfikujący i Odwołującego załączniku nr 1 do protokołu weryfikacji z dnia 7 grudnia 2016 r. Uwzględniając powyższe ustalenia w zakresie stanu faktycznego oraz prawnego wskazać należy, iż zgodnie z przepisem art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. Co istotne, konstrukcja rzeczonoego przepisu obligowała komisję, w przypadku zaistnienia określonej przesłanki, do podjęcia decyzji o odrzuceniu oferty, nie pozostawiając jej żadnej dowolności w tym zakresie. Wypełniając zatem dyspozycję wynikającą z art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy komisja konkursowa podjęła w dniu 8 grudnia 2016 roku decyzję o odrzuceniu oferty Odwołującego z tego powodu, że oferta zawierała nieprawdziwe informacje w przedmiocie prawidłowego wykonywania badań wysiłkowych serca. W dniu złożenia oferty przez Odwołującego brak było podstaw natury prawnej czy faktycznej, które uzasadniałyby stwierdzenie, iż Odwołujący wykonuje w lokalizacji badania elektrokardiograficzne wysiłkowe serca. Z uwagi na fakt, iż Odwołujący zawarł w ofercie informacje nieprawdziwe, komisja konkursowa prawidłowo odrzuciła ofertę Odwołującego na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podziela ocenę komisji konkursowej w sprawie odrzucenia oferty Odwołującego. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia słuszny jest wniosek

komisji konkursowej zgodnie z którym do wykonywania badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca koniecznym jest posiadanie przez oferenta zarówno ruchomej bieżni elektrycznej jak i cykloergometru rowerowego. Jakkolwiek samo badanie elektrokardiograficzne wysiłkowe serca może być wykonane, co do zasady, zarówno na ruchomej bieżni elektrycznej, jak i na cykloergometrze rowerowym to jednakże nie wolno zapomnieć, iż jedynie w przypadku niektórych pacjentów (np. u osób starszych, z zaawansowanymi chorobami stawów biodrowych, zaburzeniami równowagi czy nadmierną otyłością) badanie elektrokardiograficzne wysiłkowe serca wykonuje się z użyciem cykloergometru rowerowego. W związku z powyższym Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uznał za zasadne stanowisko komisji konkursowej, iż podmiot wykonujący badanie elektrokardiograficzne wysiłkowe serca winien dysponować zarówno ruchomą bieżnią elektryczną jak i cykloergometrem rowerowym.

Nadto wskazać należy, iż w złożonym odwołaniu Odwołujący nie przywołuje żadnych argumentów, które w jakikolwiek sposób kwestionowałyby słuszność decyzji komisji konkursowej o odrzuceniu jego oferty.

W tym miejscu, odnosząc się do argumentu podniesionego w piśmie Oferenta ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością o niedopuszczalności wniesienia przez spółkę cywilną odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego wskazać przede wszystkim należy, iż odwołanie zostało podpisane przez kierownika podmiotu leczniczego Piotr Nowak, Martę Nowak, Mateusz Nowak s.c. - Piotra Nowaka. Fakt, że na dokumencie znajduje się pieczęć spółki cywilnej w żaden sposób nie przesądza o tym, że odwołanie złożyła spółka cywilna, a nie podmiot leczniczy, czyli jej wspólnicy. Zgodnie z brzmieniem § 6 umowy spółki cywilnej zawartej w dniu 15 marca 2007 roku w Gnieźnie pomiędzy Piotrem Nowakiem, Martą Nowak i Mateuszem Nowakiem kierownikiem NSZOZ VIVAX s.c. jest Piotr Nowak, któremu udziela się pełnomocnictwa do występowania w imieniu spółki we wszystkich sprawach związanych z prowadzoną przez spółkę działalnością, a w szczególności do występowania w postępowaniach sądowych, egzekucyjnych, administracyjnych i arbitrażowych. Powyższe pełnomocnictwo zostało również udzielone do reprezentowania spółki przed wszystkimi organami administracji publicznej. Oczywistym jest, że spółka cywilna nie posiada osobowości prawnej ani zdolności do czynności prawnej. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia powyższe pełnomocnictwo dla Piotra Nowaka wynikające z umowy spółki cywilnej jednoznacznie przesądza, iż Piotr Nowak upoważniony był do samodzielnego złożenia w imieniu wszystkich wspólników tworzących spółkę „VIVAX s.c.” odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Tym samym złożone odwołanie winno być traktowane jako złożone przez wszystkich wspólników spółki cywilnej, a nie przez samą spółkę cywilną.

Odnosząc się do argumentów podniesionych w treści odwołania i w jego uzupełnieniu, wskazać należy, co następuje. Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zadeklarował w ofercie złożonej w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02. 1100.001.02/01, iż

proceedzi elektroniczną dokumentacj medyczną (EDM) w rozumieniu przepis ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyaczeniem recept i skierowa, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 5 punkt. Wskaza należy, iż zgodnie z brzmieniem art. 11 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia „Usługodawcy prowadzą elektroniczną dokumentacj medyczną, o której mowa w art. 2 pkt 6 lit. b. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13, jest prowadzona przez usługodawców w formatach zamieszczonych w portalu edukacyjno-informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ust. 1, oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra wsciwego do spraw zdrowia”. Zgodnie natomiast z przywołanym wyżej art. 2 pkt 6 lit. b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia elektroniczną dokumentacj medyczną stanowi dokumentacja medyczna indywidualna, z wyaczeniem skierowa, w rozumieniu przepis wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070), wytworzona w postaci elektronicznej. Zwrci również należy uwagę na brzmienie przepisu § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymaga dla Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 463) zgodnie z którym elektroniczna dokumentacja medyczna jest udostepniana w SIM w formie XML oraz, w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyk obrazową, w standardzie DICOM. Nadto wskaza, należy, iż zgodnie z brzmieniem lp. 14 Poradnia specjalistyczna – kardiologia zacznika nr 1 WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W PRZYPADKU PORAD SPECJALISTYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oferent ma zapewni między innymi dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz RTG. Zgodnie z brzmieniem § 2 pkt 1 tego rozporządzenia przez dostęp należy rozumieć zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane. Uwzględniając brzmienie wyżej przywołanych przepis wątpliwości nie budzi fakt, iż oferenci uczestniczący w postępowaniu konkursowym nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 musieli zapewni, co najmniej dostęp do wymienionych badań (laboratoryjnych i mikrobiologicznych oraz RTG). Dostęp ten mógł być zapewniony zarówno z użyciem wsnego sprzętu oferenta, jak również, na podstawie art. 133 ust. 1 Ustawy, sprzętu zapewnianego przez podwykonawc, który równocześnie wykonywałby opisane wyżej badania diagnostyczne. Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością opisany warunek zapewnienia dostępu spełniła dokumentując to zaczonymi do oferty umowy z podwykonawcami: w zakresie badań RTG z Pracowni Rentgenodiagnostyki, a w zakresie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych z Diagnostyka Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Nadto wskaza należy, iż oferenci którzy decydują się na realizację umowy o

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przy współudziale podwykonawców zobowiązani są zagwarantować aby udzielane przez podwykonawców świadczenia spełniały wszystkie warunki, których spełnienie oferent zaoferował w ofercie. Powyższy wymóg znajduje również zastosowanie do wskazanego w ofercie Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. W tym miejscu zacytować należy wyjaśnienia, jakie w dniu 16 grudnia 2016 roku. Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością złożył komisji konkursowej w trakcie prowadzonego postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01. Na pytanie komisji konkursowej o wyjaśnienie i złożenie dokumentów potwierdzających możliwość wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej z podwykonawcami Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oświadczył, iż „wymiana danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej z podwykonawcami, dokonywana jest na zasadach ogólnych wynikających z przepisów dotyczących dokumentacji medycznej. Podwykonawcy wykazani do realizacji umowy w ofercie, nie prowadzą elektronicznej dokumentacji medycznej, bowiem nie mają takiego obowiązku. Prowadzenie dokumentacji EDM przez podwykonawców nie jest również wymagane w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, ani w ogólnych warunków umów. Nie stanowi również kryterium wyboru oferty w postępowaniu konkursowym, zatem nie może podlegać ocenie, co do spełnienia warunków udzielania świadczeń przez oferenta, ani też kryterium oceny ofert, które jego dotyczy”. Z powyższych wyjaśnień Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w sposób nie budzący wątpliwości wynika, że podwykonawcy wykazani w ofercie jako realizatorzy świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie prowadzą elektronicznej dokumentacji medycznej. Zestawienie treści tego oświadczenia z faktem, że Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością winien zagwarantować realizację umowy przez podwykonawców zgodnie z zadeklarowanymi w ofercie warunkami, wiedzie do wniosku, że Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nie spełnił zadeklarowanego w ofercie warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Zgodnie z wyżej przywołanym przepisem art. 2 pkt 6 lit. b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia elektroniczną dokumentację medyczną stanowi dokumentacja medyczna indywidualna, z wyłączeniem skierowań natomiast przepis § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej stanowi, że elektroniczna dokumentacja medyczna jest udostępniana w SIM w formacie XML oraz, w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową, w standardzie DICOM. Z brzmienia powyższych przepisów wynika, iż dokumentacja medyczna, w tym również ta związana z diagnostyką obrazową winna być prowadzona w formie elektronicznej. W sytuacji zatem gdy

podwykonawca nie prowadzi elektronicznej dokumentacji medycznej niemożliwym jest spełnienie warunku udostępniania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową w standardzie DICOM. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie podziela stanowiska Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zawartego w wyżej przywołanych wyjaśnieniach z dnia 16 grudnia 2016 roku, zgodnie z którym „prowadzenie dokumentacji EDM przez podwykonawców nie jest również wymagane”. Jakkolwiek faktycznie żadne przepisy prawa nie odnoszą się do podwykonawców, to deklaracje Oferenta co do spełniania zadeklarowanych w ofercie warunków muszą znaleźć odniesienie również do podwykonawców. Gdyby bowiem Oferent zadeklarował w ofercie samodzielne wykonywanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych oraz badań RTG, to nie ulega wątpliwości, że musiałby dysponować aparaturą, która umożliwia takie wykonywanie tych badań, aby możliwe było ich jest udostępnianie w SIM w formacie XML oraz, w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową, w standardzie DICOM. Odnosząc się do kolejnego argumentu przywołanego w wyjaśnieniach z dnia 16 grudnia 2016 roku, zgodnie z którym, ze względu na fakt, że Oferent nie wykonuje zdjęć radiologicznych a „wymóg dotyczący diagnostyki obrazowej dotyczy wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z tą diagnostyką ma zastosowanie do tych podmiotów, które tę diagnostykę obrazową wykonują”, warunek ten go nie dotyczy, podkreślić należy, iż faktyczne niewykonywanie badań laboratoryjnych czy diagnostyki obrazowej, w sytuacji potwierdzenia w ofercie spełniania warunku prowadzenia dokumentacji elektronicznej, pozostaje w tej sytuacji bez znaczenia. Ocena Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, iż skoro nie zaistniała dotąd konieczność zlecenia przez niego wykonania badań diagnostycznych, to nie musi zapewniać dostępu do tych badań nie zasługuje na uwzględnienie. Uczestnicy postępowania nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 musieli zapewnić sobie możliwość realizacji takich badań w razie zaistnienia konieczności ich wykonania. Skoro bowiem w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zawarto wymóg zapewniania między innymi dostępu do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych to właśnie normodawca uznał, iż w trakcie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może dojść do sytuacji kiedy wykonanie takich badań będzie konieczne. Zatem jeśli istnieje konieczność wykonywania badań diagnostycznych w trakcie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i Oferent jako realizatorów tych świadczeń wykazał podwykonawców, oświadczając jednocześnie, że spełnia warunek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, to warunek w zakresie prowadzenia tej dokumentacji muszą również spełniać podwykonawcy wskazani w ofercie. Uzasadnionym jest zatem stanowisko, iż zapewniając w ofercie dostęp do badań diagnostycznych przy pomocy podwykonawców oraz wskazując na spełnienie warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością winien zapewnić, aby warunek

prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej spełniali również wskazani w ofercie podwykonawcy.

Ustosunkowując się do argumentu, zgodnie z którym wymóg standardu DICOM dotyczy wyłącznie wymiany i interpretacji danych medycznych w ramach Systemu Informacji Medycznych (SIM), który to system obecnie nie działa oraz do argumentu, iż podmioty wykonujące działalność leczniczą nie mają obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, a nawet jeśli ja prowadzą, to zgodnie z art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia dokumentacja, ta do dnia 31 grudnia 2017 roku może być wystawiana w postaci papierowej lub elektronicznej, wskazać należy, iż faktycznie dokumentacja medyczna do dnia 31 grudnia 2017 roku, może być prowadzona w formie papierowej lub elektronicznej, i podmioty wykonujące działalność leczniczą mają do upływu tej daty swobodę w wyborze sposobu jej prowadzenia. Zatem również oferenci uczestniczący w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 składając ofertę w tym postępowaniu nie mieli obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Podkreślenia jednakże wymaga, iż warunek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 miał charakter rankingujący, a zatem oferent mógł udzielić odpowiedzi negatywnej, z czym nie wiązałyby się ujemne konsekwencje. Natomiast w sytuacji w której oferent deklaruje w ofercie spełnienie warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, oświadcza, że taką dokumentację prowadzi i to zgodnie ze wszystkim wymogami jakie przewidują wydane w tym zakresie przepisy prawa. Uzasadnionym jest stwierdzenie, że wskazując w ofercie spełnianie warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością niejako zrzekł się możliwości powoływania na okres przejściowy określony w art. art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jak wyżej już powiedziano mógł udzielić na pytanie o ten warunek odpowiedzi negatywnej, co nie wywołałoby dla niego ujemnych skutków. Podobnie należy oceniać fakt, że system SIM (System Informacji Medycznej) nie został jeszcze uruchomiony. Warunek postępowania konkursowego nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w zakresie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej został sformułowany w taki sposób, że nie rozróżniał jego spełniania od funkcjonowania systemu SIM. W postępowaniu konkursowym nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 zagadnienie funkcjonowania SIM pozostaje poza treścią tego warunku. Oferent Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością miał tak naprawdę odpowiedzieć tylko, i aż, na pytanie czy prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z wymogami obowiązującego prawa dla dokumentacji elektronicznej. Warunek nie zawierał zastrzeżenia, zakładającego działanie systemu SIM czy uruchomienia go w przyszłości. Stwierdzić zatem należy, iż w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w świetle ustalonego stanu faktycznego, a zwłaszcza wyjaśnień Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nie miał on podstaw do tego aby zaznaczyć w ofercie, iż w dniu składania oferty spełnia zadeklarowany warunek prowadzenia

elektronicznej dokumentacji medycznej, a komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 winna tę ofertę, na podstawie art. 149 ust.1 pkt 2 Ustawy odrzucić jako zawierającą nieprawdziwe informacje i nie uwzględniać złożonego przez Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością protestu.

Odnosząc się do argumentów podniesionych w uzupełnieniu odwołania na wstępie wskazać należy, iż zgodnie z brzmieniem załącznika nr 2, tabela nr 2 AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS) – część wspólna, części VII. Inne (kryteria), lp. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oferenci uczestniczący w postępowaniu nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 mieli udzielić informacji czy posiadają ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą 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. Oferenci mieli do wyboru jedną z trzech możliwych odpowiedzi: „Nie dotyczy”, „Tak” oraz „Nie”. Negatywna odpowiedź na przywołany warunek skutkowałą odjęciem 8 punktów w ocenie punktowej oferty. Z brzmienia art. 95d ust. 1 pkt 2 Ustawy wynika, że „Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej "organem wydającym opinię", wydaje opinię o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub innej inwestycji w tym zakresie o wartości przekraczającej 2 miliony zł w okresie 2 lat, realizowanej przez podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1”. W tym miejscu zwrócić należy uwagę na brzmienie art. 95f ust. 3 Ustawy, zgodnie z którym opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się (...) na podstawie Mapy Regionalnej albo Mapy Ogólnopolskiej. Definicję Mapy regionalnej zawiera art. 95a ust. 1 Ustawy, który stwierdza, że dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej "Mapą Regionalną", uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Powyższe oznacza, iż jedną z podstaw do wydania pozytywnej bądź negatywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 Ustawy jest Mapa Regionalna. W tym miejscu zwrócić należy uwagę na fakt, że art. 95d ust. 1 Ustawy rozróżnia w pkt 1 i 2 dwa zakresy świadczeń: zakres leczenia szpitalnego oraz zakres ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zatem opinia o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy może być wydana odrębnie dla podmiotów realizujących świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego i odrębnie dla podmiotów udzielających świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Również mapy potrzeb zdrowotnych sporządzane są odrębnie dla poszczególnych zakresów świadczeń. Podkreślenia wymaga, iż aktualnie Wojewoda Wielkopolski

wydał mapy potrzeb zdrowotnych wyłącznie dla zakresu leczenia szpitalnego, a to z tego względu, że zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138) mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 Ustawy, sporządza się wyłącznie w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Powyższe oznacza, że opinia wydawana jest przez Wojewodę Wielkopolskiego tylko w sytuacji gdy inwestycja, a tym samym również i wniosek składany przez podmiot leczniczy obejmować ma zakresy świadczeń zawierających się w leczeniu szpitalnym. Wskazać należy, iż Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, zgodnie z księgą rejestrową podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzoną dla tego podmiotu pod nr 000000186110 nie może udzielać świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego albowiem, żadna komórka organizacyjna wpisana w tym rejestrze nie odnosi się do tego zakresu świadczeń. Zatem gdyby Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zwrócił się do Wojewody Wielkopolskiego o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 Ustawy, nie uzyskałby jej ze względu na brak mapy potrzeb zdrowotnych dla zakresu ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W związku z powyższym w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uzasadnionym jest stanowisko, zgodnie z którym Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością uprawniony był do udzielenia odpowiedzi „Nie dotyczy” na warunek posiadania ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy - dotyczący podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą 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. Powyższa konstatacja wynika z faktu, że gdyby Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością wybrał odpowiedź „Nie”, skutkowałoby to odjęciem 8 punktów w ocenie oferty, co byłoby równoznaczne z ukaraniem Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością za sytuację na powstanie której nie miał żadnego wpływu. Podkreślenia zatem wymaga, iż Oferent ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nie mógł, na dzień składania oferty, obiektywnie spełnić warunku posiadania opinii o której mowa w art. 95d Ustawy, bowiem nawet gdyby zwrócił się do wojewody o jej wydanie, nie uzyskałby jej. Co istotne zaś, normy stanowione w demokratycznym państwie prawa nie przewidują, bo przewidywać nie mogą, sytuacji, kiedy to podmiot prawa ponosi ujemne konsekwencje niespełnienia określonego warunku, którego spełnić obiektywnie nie mógł, i to z przyczyny nie leżącej po jego stronie.

Konstatując powyższe rozważania, zwłaszcza te odnoszące się do Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, stwierdzić jednak należy, iż odwołanie Odwołującego nie mogło zostać uwzględnione bowiem jak już wyżej wskazano w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia komisja konkursowa prowadząca

postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02. 1100.001.02/01 w stosunku do Odwołującego postąpiła słusznie odrzucając jego ofertę. Z podniesionych przez Odwołującego zarzutów i argumentów uznać należy za zasadny wyłącznie zarzut naruszenia zasad postępowania w zakresie procedowania przez komisję konkursową z ofertą Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Jednakże, jak już zostało wskazane na stronie 2 niniejszej decyzji zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie. W niniejszej sprawie w odniesieniu do Odwołującego nieodrzućcenie oferty Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nie miało wpływu na jego interes prawny. Innymi słowy, nawet prawidłowe działanie komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 polegające na odrzuceniu oferty ww. kontroferenta nie miałoby jakiegokolwiek wpływu na fakt odrzucenia oferty Odwołującego. Zatem w stosunku do oferty Odwołującego nie popełniono błędów, które mogłyby skutkować uwzględnieniem odwołania. Nawet bowiem uwzględnienie zarzutów skierowanych pod adresem obu kontroferentów, a nie tylko w stosunku do Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, i odmowa podpisania z oboma oferentami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a nie tylko z jednym, nie będzie skutkowało uwzględnieniem odwołania wniesionego przez Odwołującego. Tylko bowiem uwzględnienie odwołania na tej podstawie, że oferta Odwołującego została niesłusznie odrzucona wiodłoby do skutku w postaci zaproszenia Odwołującego do rokowań. W istniejącym stanie faktycznym i prawnym Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może ogłosić kolejny konkurs w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub wolne środki finansowe, które pozostały niewykorzystane po zakończonym postępowaniu konkursowym, przekazać podmiotowi już realizującemu umowę w tym zakresie. Rzecz jasna wskazać tutaj należy, iż ustalenia poczynione w treści niniejszego uzasadnienia, a odnoszące się do Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nie pozostaną bez wpływu na fakt zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oferentem. Powyższa uwaga oznacza, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z Oferentem Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością nie zostanie zawarta.

Biorąc powyższe ustalenia pod uwagę stwierdzić należy, iż Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatrując odwołanie Odwołującego ustalił że komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 dopuściła się naruszenia zasad prowadzenia postępowania nieodrzucając oferty Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Naruszenie powyższe pozostawało jednak bez wpływu na interes prawny Odwołującego, co zostało już wyjaśnione w treści niniejszej decyzji. Jednocześnie w odwołaniu Odwołującego nie wykazano w jakikolwiek sposób, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie kardiologii, w tym świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe w sposób naruszający interes prawny Odwołującego. Jako że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia przez komisję konkursową zasad postępowania, brak jest podstaw do uwzględnienia odwołania Odwołującego. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

p.o. DYREKTOR
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Poznaniu

.....
Paweł Lisik

POUCZENIE

Od decyzji niniejszej przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

Wykonano w 5 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. Przychodnia Centrum sp. z o.o. – 1 egz.,
3. ESD sp. z o.o. – 1 egz.,
4. a/a – 2 egz.

Opracował: Michał Badowski – Wydział Organizacyjny.