

WO-DP.422.1.2017

Poznań, dnia ...1.2.04...2017

DECYZJA NR 3/2017/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 28 lutego 2017 roku postępowania nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 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 Przychodnię Centrum Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu (61-578) przy ul. Niedziałkowskiego 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 24 stycznia 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 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 66.240,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 marca 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 28 lutego 2017 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.

W dniu 6 marca 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło, złożone osobiście, odwołanie Przychodni Centrum Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu (61-578) przy ul. Niedziałkowskiego 28, zwanej dalej „Odwołującym”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2017 roku postępowania nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000073/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 postępowanie konkursowe prowadzone było z naruszeniem przepisów prawa, w szczególności przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez przyjęcie, że:

- Odwołujący podał nieprawdziwe dane w ofercie wskazując, iż prowadzi indywidualną dokumentację medyczną w postaci elektronicznej;
- oferent Piotr Nowak, Marta Nowak i Mateusz Nowak prowadzący działalność leczniczą w formie spółki cywilnej pod nazwą Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax s.c. nie podał nieprawdziwych danych w ofercie, zakreślając, iż nie dotyczy go kryterium braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy.

Odwołujący wskazał, iż interpretacja przez komisję konkursową przepisów 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 pozostaje w sprzeczności z ich wykładnią zaprezentowaną w piśmie Dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z dnia 3 marca 2017 roku, znak UZ-ZR.7101.57.2017.SK, które to pismo załączył do odwołania.

Uzasadniając powyższe zarzuty Odwołujący wskazał, że oferent deklarując spełnianie warunku podlegającego ocenie zobowiązany jest go spełniać od dnia złożenia oferty oraz przez cały okres realizowania umowy. Zatem zadeklarowanie przez Odwołującego spełniania kryterium wyboru ofert w postaci 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 oznacza, iż będzie ją prowadził co najmniej w dniu złożenia oferty i zobowiązuje się, że będzie ją prowadził w przypadku gdy zawrze z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie Odwołującego dla spełnienia ww. kryterium niezbędne jest posiadanie przez oferenta odpowiedniego programu/systemu komputerowego. Jak zaznaczył, prowadził w dniu złożenia oferty indywidualną dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach dotyczących kryteriów wyboru ofert i posiada licencję na moduł elektroniczny tej dokumentacji. Zdaniem Odwołującego podjęta przez komisję konkursową decyzja o odrzuceniu jego oferty z uwagi na podanie w ofercie nieprawdziwych informacji w zakresie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej wskutek uznania, iż nie spełnia tego warunku ponieważ nie posiada kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP, doprowadziła do powstania uszczerbku jego interesu prawnego. Nadto Odwołujący wskazuje, iż w dniu 24 lutego 2017 roku komisja konkursowa nie uwzględniła jego protestu, a uzasadnienie tej czynności otrzymał w dniu 2 marca 2017 roku, a więc po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, co w jego ocenie stanowi naruszenie art. 153 ust. 3 zdanie drugie Ustawy. Odwołujący nie zgadza się z decyzją komisji konkursowej o odrzuceniu jego oferty, bowiem komisja konkursowa oceniając kryterium wyboru ofert dotyczące prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej zweryfikowała go pod względem wymogów określonych dla innego kryterium, a mianowicie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy. Odwołujący wskazuje, iż dla oceny kryterium prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej stosować się powinno ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, natomiast ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia winno się stosować dla oceny warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dalej wskazuje, iż błędem komisji konkursowej było przyjęcie, iż dla oceny warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej należy stosować również ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia w części dotyczącej Systemu Informacji Medycznej (SIM), który obecnie nie jest obligatoryjny oraz przyjęcie, że samodzielną podstawą do odrzucenia oferty było niespełnienie przez oferenta warunku dysponowania kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP. Jak wskazuje Odwołujący, wpisy w prowadzonej przez niego dokumentacji wymagają potwierdzenia ich w taki sposób, że możliwa jest bez żadnych wątpliwości identyfikacja osoby dokonującej wpisu, z wykorzystaniem podpisu elektronicznego ze znacznikiem czasu. Co więcej, jest to zgodne z § 80 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej

przetwarzania, zgodnie z którym dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych. Zgodnie z przepisem art. 17 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, pracownik medyczny używa bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu tej ustawy, a nie do podpisywania indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, o której mowa w kryteriach wyboru ofert, za spełnienie których oferent może otrzymać 3 punkty. Odwołujący podkreślił, iż powyższe stanowisko potwierdza wprost opinia Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 3 marca 2017 roku, zgodnie z którą *„sposób podpisywania dokumentacji medycznej stanowi największą różnicę w stosunku do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, o której mowa w art. 11 ust. 1 ustawy (...) o systemie informacji w ochronie zdrowia (...), dalej jako „ustawa o sioz”. Dokumentacja medyczna w rozumieniu przepisów przywołanego rozporządzenia (z dnia 9 listopada 2009 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, której prowadzenie zaznaczył oferent w złożonej ofercie) nie wymaga opatrzenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP”*.

Ponadto Odwołujący wskazuje, iż Komisja konkursowa winna była odrzucić ofertę złożoną przez oferenta Piotra Nowak, Martę Nowak i Mateusza Nowak, prowadzących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej NZOZ Vivax s.c., bowiem oferent ten podał w ofercie nieprawdziwą informację dotyczącą posiadania ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy, udzielając odpowiedzi „Nie dotyczy” na pytanie dotyczące ww. warunku. Odwołujący podkreślił, iż oferent Piotr Nowak, Marta Nowak i Mateusz Nowak wskazał w ofercie komórkę organizacyjną zakładu leczniczego, która utworzona została i zarejestrowana w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w styczniu 2017 roku, co potwierdza zarówno treść oferty jak i wpis do ww. rejestru. Kryterium braku ważnej pozytywnej opinii wojewody, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy dotyczy jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 roku. Sporządzając ofertę oferent ma zatem do wyboru zaznaczenie jednej z trzech odpowiedzi: „Tak” w przypadku gdy opinii nie posiada, „Nie” w przypadku gdy posiada pozytywną opinię i „Nie dotyczy” w przypadku, gdy jednostki, komórki organizacyjne wykazane w ofercie utworzone zostały (zarejestrowane w rejestrze podmiotów leczniczych) przed dniem 29 czerwca 2016 roku. W ocenie Odwołującego oferent Piotr Nowak, Marta Nowak i Mateusz Nowak, prowadzący NZOZ Vivax s.c., zakreślając w ofercie odpowiedź „Nie dotyczy” w zakresie posiadania ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d Ustawy, podał nieprawdziwą informację, a komisja konkursowa nie zweryfikowała tego kryterium.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 7 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000073/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 zakresie terminu wydania decyzji na dzień 20 marca 2017 roku.

Pismem z dnia 13 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zwrócił się do Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia z prośbą o udzielenie wyjaśnień dotyczących właściwego stosowania przepisów załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej „WYKAZ SZCZEGÓŁOWYCH KRYTERIÓW WYBORU OFERT WRAZ Z WYZNACZAJĄCYMI JE WARUNKAMI ORAZ PRZYPISANĄ IM WARTOŚCIĄ W RODZAJU AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA”, a dotyczących 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. Kolejno pismem z dnia 13 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zwrócił się do Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu z prośbą o udzielenie wyjaśnień dotyczących stosowania przepisu art. 95d Ustawy.

W dniu 14 marca 2017 roku z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystał oferent Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak prowadzący działalność leczniczą w formie spółki cywilnej Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax s.c., natomiast w dniu 15 marca 2017 roku z uprawnień tych skorzystał Odwołujący.

Pismami z dnia 15 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, iż zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia oraz do Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu z prośbą o udzielenie wyjaśnień dotyczących właściwego stosowania odpowiednich przepisów prawa.

Kolejno, pismami z dnia 20 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, iż w związku z faktem, że w sprawie nie wpłynęła ani odpowiedź Ministerstwa Zdrowia ani odpowiedź Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu na odpowiednie pisma z dnia 13 marca 2017 roku, niemożliwym staje się wydanie decyzji w sprawie w pierwotnie określonym terminie, tj. w dniu 20 marca 2017 roku. Jednocześnie termin załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji określony został na dzień 27 marca 2017 roku.

W dniu 20 marca 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo oferenta Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax s.c., zatytułowane „Odpowiedź na odwołanie”, w którym wskazał, iż zgodnie z art. 95d Ustawy, opinia wymagana jest wyłącznie od nowych podmiotów. Zatem nie można wymagać posiadania przedmiotowej opinii od podmiotów, które funkcjonowały już na rynku (tj. nie są nowe). Oferent zauważył, iż komórka organizacyjna spółki NZOZ Vivax s.c. „Poradnia kardiologiczna” przy ul. Podkomorskiej 4 w Gnieźnie jest zarejestrowana w Księdze rejestrowej z datą 2 stycznia 2017 roku (l.p. 69), jednak jest to komórka, która rozpoczęła swoją działalność w dniu 16 maja 2016 roku przy ul. Wrzesińskiej 28 w Gnieźnie, l.p. 58. W ocenie oferenta nie jest to nowy podmiot, tylko podmiot, który funkcjonował pod innym adresem. Dalej wyjaśnił, iż zgodnie z wytycznymi Urzędu Wojewódzkiego zamknął komórkę przy ul. Wrzesińskiej 28 z dniem 1 stycznia 2017 roku i otworzył w nowej lokalizacji z dniem 2 stycznia 2017 roku. Jak wskazał, w Księdze rejestrowej nie ma możliwości edytowania komórki organizacyjnej w części dotyczącej adresu. Oferent zauważył, iż odnośnie posiadania podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP, w trakcie postępowania konkursowego Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu

Zdrowia stał na stanowisku, że przywołane instrumenty są wymagane, co wynika z załączonego do odpowiedzi na odwołanie pisma. Przyjęcie odmiennego stanowiska naruszałoby w ocenie oferenta zasadę równego traktowania poszczególnych uczestników postępowania konkursowego.

W dniu 23 marca 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu z dnia 22 marca 2017 roku, z treści którego wynika, iż podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej od dnia 27 września 2016 roku (wejście w życie aktu wykonawczego IOWISZ) mógł złożyć wniosek o wydanie opinii o celowości inwestycji.

Kolejno pismami z dnia 27 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, iż w sprawie wpłynęło pismo z Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, natomiast z uwagi na fakt, iż do dnia sporządzenia tego pisma w sprawie nie wpłynęła odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia niemożliwym staje się wydanie decyzji w sprawie w określonym terminie, tj. w dniu 27 marca 2017 roku. Jednocześnie termin załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji organ określił na dzień 5 kwietnia 2017 roku.

W dniu 29 marca 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo oferenta Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax s.c., w którym oferent ten poinformował, iż złożył do Wojewody Wielkopolskiego wniosek o wydanie zaświadczenia w przedmiocie potwierdzenia stanu prawnego polegającego na tym, iż:

- opinia, o której mowa w art. 95d Ustawy jest wydawana przez organ wyłącznie dla nowych podmiotów (i odpowiednio ich nowych jednostek lub komórek organizacyjnych);
- opinia, o której mowa w art. 95d Ustawy nie jest wydawana przez organ dla podmiotów (i odpowiednio ich jednostek lub komórek organizacyjnych), które nie są nowymi podmiotami (i odpowiednio jednostkami albo komórkami organizacyjnymi), a jedynie zmieniły adres prowadzenia działalności.

W dniu 5 kwietnia 2017 roku Odwołujący skorzystał z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy.

Pismami z dnia 5 kwietnia 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, iż termin załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji określono na dzień 12 kwietnia 2017 roku.

W dniu 7 kwietnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęła odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na pismo z dnia 13 marca 2017 roku. W związku z powyższym Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pismami z dnia 7 kwietnia 2017 roku poinformował strony postępowania o wpływie pisma z Ministerstwa Zdrowia.

W dniu 10 kwietnia 2017 roku działająca z upoważnienia oferenta Piotra Nowaka, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax s.c. Pani Aldona Jelińska skorzystała z uprawnienia wglądu w akta sprawy.

W dniu 10 kwietnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło, drogą mailową przesłane w imieniu Oferenta Piotra Nowaka, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących działalność leczniczą pod nazwą NZOZ Vivax s.c., zeskanowane

postanowienie Wojewody Wielkopolskiego o odmowie wydania żadanego zaświadczenia.

Kolejno, w dniu 11 kwietnia 2017 roku Odwołujący skorzystał z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy.

W dniu 12 kwietnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującego, w treści którego wskazuje, iż po zapoznaniu się z pismem Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2017 roku oraz pismami Oferenta Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących w formie spółki cywilnej działalność leczniczą pod nazwą NZOZ Vivax s.c. w jego przekonaniu przyczyną odrzucenia oferty było niespełnianie warunku prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej – niedysponowanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, a nie niespełnianie innych wymogów dotyczących dokumentacji medycznej. Odwołujący podnosi również, iż komisja konkursowa ustaliła, że realizacja zdjęć RTG odbywa się z udziałem podwykonawcy, który dysponuje sprzętem cyfrowym pozwalającym na wydanie pacjentom wyniku badań na nośniku cyfrowym, z zachowaniem wymogów określonych w przepisach prawa. Nadto wskazuje, iż procedura odwzorowywania analogowych zdjęć RTG odbywa się przez zlecenie podmiotowi trzeciemu dysponującemu odpowiednim sprzętem, odwzorowania cyfrowego przesłanych analogowych zdjęć RTG, które następnie zostają przekazane Odwołującemu w formacie DICOM. Usługi te świadczone są na podstawie umowy zawartej z firmą Medias-Studio z siedzibą w Warszawie przy ul. Pejzażowej 2/1110. Firma ta nie jest podmiotem leczniczym i nie jest podwykonawcą w rozumieniu ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wobec czego nie została wykazana w ofercie. Nie zgadza się z twierdzeniem Oferenta Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak, zgodnie z którym nie był on zobligowany do ubiegania się o wydanie opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d Ustawy, ponieważ dokonał wyłącznie zmiany miejsca (adresu) udzielania świadczeń. Zauważa ponadto, iż w dniu 1 stycznia 2017 roku została zamknięta jednostka organizacyjna na ul. Wrzesińskiej 28, a w składzie nowej jednostki organizacyjnej przy ul. Podkomorskiej 4 zarejestrowane zostały od dnia 2 stycznia 2017 roku nowe poradnie, w tym poradnia kardiologiczna, na którą Oferent ten złożył ofertę w postępowaniu konkursowym. Poza tym Odwołujący wskazał, że z uwagi na nieprzedstawienie pisma NZOZ Vivax do Wojewody Wielkopolskiego, a zwłaszcza treści zawartych w nim pytań, nie wiadomo czy odpowiedzi udzielone przez ten organ rozwiążą problem formalno-prawny.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2017 roku postępowania nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 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 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, pisma jakie strony postępowania administracyjnego złożyły w trakcie rozpatrywania odwołania oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 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,
- Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak prowadzący działalność leczniczą w formie spółki cywilnej Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax s.c.,
- ESD spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Postępowanie nr 15-17-000073/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 ze zm.),
- 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, zmienionego zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r. oraz zarządzeniem Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r.,
- 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 24 stycznia 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000073/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 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w części numer 2.5.4 AOS *W Prowadzenie dokumentacji medycznej* w rozdziale 2.5 POZOSTAŁE WARUNKI, część VIII. ANKIETY Formularza ofertowego zadeklarował prowadzenie 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. Komisja konkursowa wskazała, iż szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej określone zostały w Rozdziale 9 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) „Szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej”. Ponadto działając na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, Minister Zdrowia w dniu 28 marca 2013 r. wydał rozporządzenie w sprawie

wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 463), w którym określił format elektronicznej dokumentacji medycznej udostępnianej przez usługodawców w Systemie Informacji Medycznej (SIM), warunki organizacyjno-techniczne zamieszczania w SIM dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne i ich pobierania z SIM, zgodnie z zakresem zadań wykonywanych przez usługodawców oraz warunki organizacyjno-techniczne realizacji dostępu i pobierania danych przetwarzanych w SIM. Niezależnie od funkcjonalności SIM, a w zasadzie brakiem takiej funkcjonalności, świadczeniodawca deklarujący w prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia postępowaniach konkursowych spełnienie warunków dodatkowo ocenianych dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, a wynikających z przepisów 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, tj. warunku 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. Komisja konkursowa wskazała, iż skoro oferent zadeklarował spełnianie warunku 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, to winien spełniać wszystkie warunki prowadzenia przedmiotowej dokumentacji. Dalej komisja konkursowa, odnosząc się do kwestii cyfrowego odwzorowania zdjęć radiologicznych wskazała, że z treści § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej wynika, że elektroniczna dokumentacja medyczna udostępniana przez usługodawców w SIM zawiera dokumenty elektroniczne w formacie XML, których zakres odpowiada danym gromadzonym w dokumentacji medycznej określonym przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.) oraz pliki multimedialne, będące w szczególności wynikiem diagnostyki obrazowej. Zgodnie zaś z przepisem § 3 ust. 2 przywołanego rozporządzenia, 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. Proces udostępniania uprawnionym podmiotom elektronicznej dokumentacji medycznej następuje przez elektroniczną transmisję danych w formie komunikatów, które winny być zgodne ze wzorcami struktury logicznej elektronicznych komunikatów opisanych za pomocą formatu XML/XSD i standardu wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową DICOM. Zdaniem komisji konkursowej warunkiem koniecznym prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej jest prowadzenie jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym w szczególności eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych pozostaje standard DICOM. Powyższe ustalenia nabierają szczególnego znaczenia w kontekście stosowania przepisu § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zgodnie z którym w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja wytworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Zatem odwzorowanie cyfrowe zdjęć radiologicznych, które mają zostać dołączone do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, winno zostać wykonane w takim formacie i z zachowaniem takich standardów, które zapewniają czytelność, dostęp

i spójność dokumentacji. Skoro zaś standardem udostępniania, przechowywania i interpretowania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, to także odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonywane z zachowaniem formatu *Digital Imaging and Communications In Medicine*. Jak wskazała komisja konkursowa, przeprowadzona w dniu 14 lutego 2017 roku weryfikacja miejsca udzielania świadczeń wskazanego przez Odwołującego wykazała, iż nie posiada on aparatu umożliwiającego odwzorowania cyfrowego zdjęć rentgenowskich, natomiast podwykonawca Odwołującego złożył oświadczenie, iż dysponuje sprzętem cyfrowym pozwalającym na wydanie pacjentom wyniku badań na nośniku cyfrowym. Niezależnie jednak od powyższego komisja konkursowa wskazała, iż samodzielną podstawą odrzucenia oferty Odwołującego jest okoliczność niespełniania warunku dysponowania kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP.

Złożony przez Odwołującego w dniu 21 lutego 2017 roku protest na czynność odrzucenia oferty nie został przez komisję konkursową uwzględniony. Komisja prowadząca postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 wskazała, iż biorąc pod uwagę ustalenia poczynione w przeprowadzonej w dniu 14 czerwca 2017 roku weryfikacji Odwołującego oraz uwzględniając jego wyjaśnienia, Odwołujący nie spełnia kryterium *przewodzenia 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*. W związku z powyższym oferta Odwołującego podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-17-000073/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 Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax s.c. 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 § 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 przyszpitalnej 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 28 lutego 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania w trybie konkursu ofert jako podmiot, 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 oferenta Piotra Nowak,

Martę Nowak i Mateusza Nowak prowadzących w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vivax s.c.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak	5,00	0,00	2,00	42,00	6,00	55,00	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 (ze zm.).

Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferent 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 uwzględniony w rankingu końcowym udzielał następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak:

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,
- zadeklarował wykonywanie badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca - w lokalizacji, za co otrzymał 2,0 punkty,

- 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 wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku, gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania – do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, za co otrzymał 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 otrzymał 4,00 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,
- zadeklarował, iż 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 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 czas pracy poradni w tygodniu powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie, za co otrzymał 4,00 punkty,
- 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 Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,28 zł, za co otrzymał 5,00 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. Zatem wskazać w tym miejscu należy, iż Odwołujący na pytania ankietowe udzielał następujących odpowiedzi:

W zakresie kryterium kompleksowości Odwołujący:

- nie zadeklarował wykonywania kontroli urządzeń wszczepialnych serca - w lokalizacji, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu ambulatoryjnym,
- zadeklarował wykonywanie badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca - w lokalizacji,
- nie zadeklarował wykonywania badań Echokardiografii przezprętykowej lub echokardiografii obciążeniowej - w lokalizacji,
- 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,
- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy w poradni przyszpitalnej,
- 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.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii – 100 % czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku, gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania – do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne,
- 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,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli,

- 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,
- 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,
- 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,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową,
- 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,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli,
- 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),
 - 2/ realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem, epoprostenolem i macytentanem (ICD-10: I27, I27.0),
 - 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),
- zadeklarował posiadanie Echokardiografu z opcją Dopplera - w lokalizacji,
- zadeklarował posiadanie Holtera EKG - w lokalizacji,
- zadeklarował posiadanie Holtera RR (ABPM) - w lokalizacji,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością,

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji,
- zadeklarował prowadzenie 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 przy założeniu, że deklarując spełnienie tego warunku Odwołujący nie podał nieprawdziwych informacji,
- 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,
- 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,
- 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,

W zakresie kryterium dostępności:

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

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,
- 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,
- 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.

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,
- 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.

W zakresie kryterium ceny oferent Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 9,20 zł.

Ponadto wskazać należy, iż w poszczególnych ofertach 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 15-17-000073/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 wskazać należy, co następuje.

Na wstępie przypomnieć należy, iż oferta Odwołującego, decyzją komisji konkursowej z dnia 15 lutego 2017 roku została odrzucona na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. Odwołujący składając ofertę w postępowaniu nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 zadeklarował prowadzenie 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. Przepisy załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w „Tabeli nr 2 – AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS) – część wspólna” formułują dwa wymogi odnoszące się do formy prowadzonej dokumentacji medycznej:

- 1) prowadzenie 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,
- 2) prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.

Do pierwszego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisy, wydane na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 30 przywołanej ustawy, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania. Szczegółowe wymagania dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej określone zostały w Rozdziale 9 ww. rozporządzenia „Szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej”. I tak,

zgodnie z treścią § 80 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
- 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;
- 5) przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
- 6) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF);
- 7) eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 8) funkcjonalność wydruku dokumentacji.

Zgodnie z treścią § 3 ust. 1, wydanego na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 463), elektroniczna dokumentacja medyczna udostępniana przez usługodawców w SIM zawiera dokumenty elektroniczne w formacie XML, których zakres odpowiada danym gromadzonym w dokumentacji medycznej określonym przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz pliki multimedialne, będące w szczególności wynikiem diagnostyki obrazowej. Jak zaś stanowi § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia 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. Udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej następuje, po myśli § 4 przywołanego rozporządzenia w formie komunikatów zgodnych ze wzorcami struktury logicznej elektronicznych komunikatów opisanych za pomocą formatu XML/XSD i standardu wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową DICOM.

Powyższe ustalenia nabierają szczególnego znaczenia w kontekście stosowania przepisu § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zgodnie z którym w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Wyrażona przedmiotowym przepisem dyspozycja wskazuje w sposób niebudzący wątpliwości, iż odwzorowanie cyfrowe zdjęć radiologicznych, które mają zostać dołączone do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, winno zostać wykonane w takim formacie i z zachowaniem takich standardów, które zapewnią czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Skoro zaś standardem

udostępniania, przechowywania i interpretowania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, to również i odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonywane z zachowaniem formatu *Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM)*.

W tym miejscu wskazać należy, iż Odwołujący w złożonym proteście na czynność odrzucenia oferty, oświadczył, iż „*Oferent nie posiada w związku z prowadzeniem dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej urządzenia, które umożliwia cyfrowe odwzorowanie zdjęć radiologicznych w dopuszczalnym zdaniem Komisji formacie wymiany danych – standard DICOM, bowiem z żadnych obowiązujących przepisów prawa, ani tym bardziej z kryterium oceny oferty opisanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, załącznik nr 2, tabela nr 2, dział III Jakość – pozostałe warunki, l.p. 3, nie wynika by oferent urządzenie o podobnym standardzie miał obowiązek posiadać i stosować.*”. Z treści zacytowanego wyżej oświadczenia Odwołującego jednoznacznie wynika, iż nie posiada on urządzenia służącego do odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej niż elektroniczna postaci, w tym zdjęć radiologicznych lub dokumentacji utworzonej w postaci papierowej w takim formacie i z zachowaniem takich standardów, które zapewnią czytelność, dostęp i spójność dokumentacji, a więc z zachowaniem formatu *Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM)*.

Konieczność odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych celem umieszczenia ich w systemie elektronicznym z zachowaniem standardu DICOM w przypadku zadeklarowania prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej potwierdzona została w piśmie Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2017 roku, znak UZ-PR.716.58.2017.IK, zgodnie z treścią którego „*jeżeli oferent zadeklarował „prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej”, to powinien prowadzić indywidualną dokumentację medyczną w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym zapewniającym eksport całości danych w formacie określonym w przepisach, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych jest standard DICOM. (...) wymogów jakie muszą spełniać zdjęcia radiologiczne wykonane metodą analogową dołączane do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, to mając na uwadze brzmienie przepisu § 81 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności konieczność odwzorowywania cyfrowego takich zdjęć celem umieszczenia ich w systemie elektronicznym, właściwym wydaje się uznanie, że powinno to być dokonane również z zachowaniem formatu DICOM*”.

Biorąc powyższe pod uwagę, nie sposób zgodzić się z zarzutem Odwołującego, iż komisja konkursowa błędnie uznała, że do kryterium prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Już przecież w treści § 80 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania normodawca jednoznacznie wskazał, że dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym m.in. eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jak z kolei wykazano powyżej, zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej, które to rozporządzenie jest *de facto* aktem prawnym wydanym na podstawie przywołanego art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, standardem udostępniania, przechowywania i

interpretowania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, a więc również i odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonywane z zachowaniem tego formatu. Dodatkowo stanowisko w tym zakresie tak komisji konkursowej, jak i Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zajęte w treści niniejszej decyzji zbieżne jest ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia zaprezentowanym w piśmie z dnia 6 kwietnia 2017 roku znak UZ-PR.716.58.2017.IK.

Odnosząc się natomiast do zarzutu Odwołującego, iż komisja konkursowa błędnie przyjęła, iż Odwołujący deklarując spełnianie warunku rankingującego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej winien dysponować kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, wskazać należy, co następuje.

Komisja konkursowa, zawiadamiając Odwołującego o odrzuceniu oferty numer 15-17-000073[02/1]-0003/00 wskazała, iż niezależnie od poczynionych ustaleń, w tym także, że odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej winno być dokonane w standardzie DICOM, samodzielną podstawą do odrzucenia oferty stanowi okoliczność niespełniania przez Odwołującego warunku dysponowania kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przyjmuje, zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w piśmie z dnia 3 marca 2017 roku, iż dokumentacja medyczna w rozumieniu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania nie wymaga opatrzenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP. Niezależnie jednak od powyższego, wskazania w tym miejscu wymaga, iż pomimo błędnego uznania przez komisję konkursową, że w przypadku zadeklarowania prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej koniecznym jest dysponowanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, oferta Odwołującego została prawidłowo odrzucona przez komisję konkursową, a to z powodu braku możliwości odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych, celem umieszczenia ich w systemie elektronicznym z zachowaniem wymaganego standardu DICOM.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego, iż odrzucenie jego oferty przez komisję konkursową nastąpiło z powodu uznania, iż nie spełnia on warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, ponieważ nie dysponuje on kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, a nie z powodu niespełniania przez oferenta innych wymogów dotyczących dokumentacji medycznej wskazać należy, iż komisja konkursowa, tak w zawiadomieniu oferenta o odrzuceniu oferty z dnia 15 lutego 2017 roku, jak i powiadomieniu oferenta o rozstrzygnięciu protestu z dnia 24 lutego 2017 roku wyjaśniła szczegółowo, iż warunkiem koniecznym do prowadzenia ww. indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej jest prowadzenie jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym w szczególności eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych pozostaje standard DICOM. Również odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonywane z zachowaniem formatu DICOM. Natomiast weryfikacja miejsca udzielania świadczeń Odwołującego wykazała, iż nie posiada on aparatu umożliwiającego odwzorowanie cyfrowe analogowych zdjęć rentgenowskich. Nieposiadanie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem

zaufanym ePUAP nie było jedyną przyczyną odrzucenia oferty Odwołującego, tylko niezależną od wyżej przedstawionych (brak możliwości odwzorowania cyfrowego analogowych zdjęć rentgenowskich z zachowaniem standardu DICOM). Bez wątpienia zaś treść zawiadomienia o odrzuceniu oferty i treść powiadomienia o rozstrzygnięciu protestu wskazuje na fakt niespełniania przez Odwołującego warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej. W związku z powyższym przedmiotowy zarzut Odwołującego uznać należy za niezasadny.

Odnosząc się natomiast do twierdzenia Odwołującego, iż procedurę związaną z odwzorowywaniem analogowych zdjęć RTG Odwołujący realizuje przez zlecenie podmiotowi trzeciemu Medias-Studio (nie podwykonawcy), dysponującemu odpowiednim sprzętem, odwzorowania cyfrowego przesłanych zdjęć RTG, które następnie zostają przekazane Odwołującemu w formacie DICOM zauważyć należy, iż Odwołujący nie wskazał ani w ofercie, ani w toku postępowania konkursowego nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, w tym w trakcie weryfikacji, iż zleca odwzorowywanie cyfrowe zdjęć RTG z zachowaniem standardu DICOM podmiotowi trzeciemu. Dopiero w trakcie postępowania administracyjnego wszczętego na skutek jego odwołania i to po zapoznaniu się z treścią pisma Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2017 roku, z którego wynika, iż oferent deklarujący prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej winien prowadzić indywidualną dokumentację medyczną w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym zapewniającym eksport całości danych w formacie określonym w przepisach, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych jest standard DICOM, a także iż odwzorowanie cyfrowe takich zdjęć celem umieszczenia ich w systemie elektronicznym winno być dokonane z zachowaniem standardu DICOM, wskazał, iż zleca wykonanie takiego odwzorowywania cyfrowego analogowych zdjęć RTG innemu podmiotowi. Nie sposób nie zauważyć, iż Odwołujący pomimo tego, iż miał wiedzę, że warunkiem koniecznym do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej jest konieczność zapewnienia odwzorowywania cyfrowego zdjęć RTG z zachowaniem standardu DICOM, to do czasu zapoznania się ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie nie oświadczył, iż realizuje powyższy obowiązek poprzez zlecenie przedmiotowego odwzorowywania podmiotowi trzeciemu. Nadto podkreślić należy, iż z treści pisma Ministerstwa Zdrowia z dnia 3 marca 2017 roku, załączonego do odwołania jednoznacznie wynika, iż Odwołujący zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia z pytaniem, „czy istnieje wymóg wykonywania zdjęć radiologicznych wyłącznie w systemie DICOM i czy system ten musi być stosowany również do odwzorowywania zdjęć analogowych?”. Dodatkowo podkreślenia wymaga, iż komisja konkursowa pismem z dnia 10 lutego 2017 roku wezwała Odwołującego m.in. do przedłożenia dokumentu potwierdzającego tytuł prawny uprawniający do korzystania z urządzenia umożliwiającego wykonanie odwzorowania cyfrowego analogowych zdjęć radiologicznych, przy czym samo urządzenie winno dokonywać odwzorowania w sposób zapewniający kolejno eksport danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową w standardzie DICOM. Odwołujący, odnosząc się do wezwania komisji konkursowej nie wskazał, iż zleca odwzorowywanie analogowych zdjęć RTG z zachowaniem standardu DICOM podmiotowi trzeciemu. Podobnie nie złożył takiego oświadczenia w trakcie weryfikacji miejsca udzielania świadczeń. Powyższe pozwala przyjąć, iż Odwołujący nie mógł zapewniać na dzień złożenia oferty spełniania warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej.

Podkreślenia wymaga, iż warunek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej w postępowaniu nr 15-17-000073/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 ww. warunku, oświadcza, że taką dokumentację prowadzi i to zgodnie ze wszystkim wymogami jakie przewidują wydane w tym zakresie przepisy prawa. Mógł udzielić na pytanie o ten warunek odpowiedzi negatywnej, co nie wywołałoby dla niego ujemnych skutków. Stwierdzić zatem należy, iż w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w świetle ustalonego stanu faktycznego, Odwołujący nie miał podstaw do tego aby zaznaczyć w ofercie, iż w dniu składania oferty spełnia zadeklarowany warunek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, a komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000020/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 prawidłowo odrzuciła tę ofertę, na podstawie art. 149 ust.1 pkt 2 Ustawy jako zawierającą nieprawdziwe informacje i nie uwzględniła złożonego przez Oferenta Przychodnia Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością protestu.

Nie sposób zgodzić z zarzutem Odwołującego, że fakt otrzymania uzasadnienia protestu w dniu 2 marca 2017 roku, a więc po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, stanowi naruszenie art. 153 ust. 3 zdanie drugie Ustawy. W tym miejscu wskazać należy, iż zgodnie z treścią przywołanego przez Odwołującego przepisu nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia. Komisja konkursowa w dniu 24 lutego 2017 roku nie uwzględniła protestu Odwołującego. W tym samym dniu, na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pojawiła się informacja o nieuwzględnieniu złożonego przez Odwołującego protestu. Komisja konkursowa, zgodnie z przepisem art. 153 ust. 3 Ustawy, sporządziła uzasadnienie nieuwzględnienia protestu i wysłała powiadomienie oferenta o rozstrzygnięciu protestu wraz z uzasadnieniem na adres Odwołującego. Zatem, w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia komisja konkurująca nie naruszyła przepisu art. 153 ust. 3 zdanie drugie Ustawy, a zarzut w tym zakresie uznać należy za bezzasadny.

Odnosząc się do argumentu podniesionego w odwołaniu, iż oferta oferenta Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących NZOZ Vivax s.c. winna zostać odrzucona przez komisję konkursową z powodu zawarcia w jej treści informacji nieprawdziwych, a dotyczących kryterium braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 Ustawy, wskazać należy, co następuje.

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 5 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 15-17-000073/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. Warunek ten dotyczy 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”. Pozytywna odpowiedź na przywołany warunek skutkowałą odjęciem 8 punktów w ocenie punktowej oferty, negatywna odpowiedź skutkowałą nieodejmowaniem punktów, odpowiedź „nie dotyczy” również skutkowałą nieodejmowaniem 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^o. W tym miejscu zwrócić należy uwagę na brzmienie art. 95f ust. 3 Ustawy, zgodnie z którym opinia, 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. Aktualnie, jak wskazano w piśmie Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu z dnia 22 marca 2017 roku, „mapy potrzeb zdrowotnych wydawane są dla zakresu leczenia szpitalnego, onkologii i kardiologii oraz 30 grup chorobowych. W Zakresie świadczeń obejmujących AOS i POZ można złożyć wniosek i go ocenić na podstawie danych zawartych i w opublikowanych mapach potrzeb zdrowotnych lub innych danych, np. priorytetach czy danych zawartych w RPWDL.”. Zgodnie z treścią ww. pisma mapa potrzeb zdrowotnych dla województwa wielkopolskiego obejmuje również obszar ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, sukcesywnie publikowane są mapy dla kolejnych grup chorobowych obejmujące m.in. ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, więc w ocenie Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu istnieją podstawy do oceny wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji. Nadto jednoznacznie wskazano w powyższym piśmie, iż podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej od dnia 27 września 2016 roku mógł złożyć wniosek o wydanie opinii o celowości inwestycji.

Oferent Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak prowadzący w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Vivax s.c. w części VIII. ANKIETY Formularza ofertowego, Rozdział 6.1 „INNE”, punkt 6.1.2 zadeklarował, 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. Biorąc pod uwagę powyższe rozważania uznać należy, iż gdyby Oferent Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak prowadzący w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Vivax s.c. zwrócił się do Wojewody Wielkopolskiego o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 2 Ustawy, mógłby ją uzyskać. Nadto Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie zgadza się z twierdzeniem Oferenta Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej NZOZ Vivax s.c. jakoby opinia o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d Ustawy dotyczyła wyłącznie nowych podmiotów, a co się z tym wiąże nie można wymagać posiadania przedmiotowej opinii od podmiotów, które funkcjonowały już na rynku (tj. nie są nowe). Zgodnie z przytoczonym w treści niniejszej decyzji art. 95d ust. 1 pkt 2 Ustawy Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia 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. Oferent Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak prowadzący działalność leczniczą w formie spółki cywilnej pod nazwą NZOZ Vivax

s.c. w ofercie nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 w części „III. Wykaz miejsc udzielania świadczeń” Formularza ofertowego wskazał jako miejsce udzielania świadczeń komórkę organizacyjną – Poradnia kardiologiczna (1100 – specjalność komórki organizacyjnej, zgodnie z częścią VIII kodu resortowego) w Gnieźnie (62-200), ul. Podkomorska 4, która została zarejestrowana pod pozycją l.p. 69 w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przy czym datą rozpoczęcia działalności przez tę komórkę organizacyjną jest dzień 2 stycznia 2017 roku. Z powyższego jednoznacznie wynika, iż Oferent ten utworzył nową komórkę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, która rozpoczęła swoją działalność w dniu 2 stycznia 2017 roku, a więc po dniu 29 czerwca 2016 roku. Zatem w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uznać należy, iż wykazana przez ww. Oferenta w ofercie komórka organizacyjna jest utworzoną po dniu 29 czerwca 2016 roku komórką organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy której ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wynika to wprost z literalnego brzmienia art. 95d ust. 1 pkt 2 Ustawy, zgodnie z treścią którego opinię o celowości inwestycji wydaje się dla nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zatem wpisanie po dniu 29 czerwca 2016 roku w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą komórki organizacyjnej, przy pomocy której ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obliuguje podmiot do uzyskania pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Natomiast bez znaczenia pozostaje, czy komórka organizacyjna została wpisana do ww. rejestru w związku ze zmianą adresu wykonywania działalności leczniczej. Tym bardziej należy uznać, iż komórka organizacyjna, która rozpoczęła swoją działalność w innym (nowym) miejscu jest nową komórką organizacyjną.

W związku z powyższym w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia Oferent Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak prowadzący działalność leczniczą w formie spółki cywilnej NZOZ Vivax s.c. nie był uprawniony 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. Podkreślenia zatem wymaga, iż Oferent ten mógł, na dzień składania oferty spełnić warunek posiadania opinii o której mowa w art. 95d Ustawy, bowiem gdyby zwrócił się do wojewody o jej wydanie, mógłby ją uzyskać. W związku z powyższym uznać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 winna była odrzucić ofertę Oferenta Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak, prowadzących w formie spółki cywilnej działalność leczniczą pod nazwą NZOZ Vivax s.c. na podstawie art. 149 ust 1 pkt 2 jako zawierającą nieprawdziwe informacje.

Odnosnie twierdzenia Oferenta Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak, prowadzących w formie spółki cywilnej działalność leczniczą pod nazwą NZOZ Vivax s.c. jakoby komisja konkursowa naruszyła, wynikającą z art. 134 ust. 1 Ustawy zasadę równego traktowania oferentów poprzez zmianę reguł w trakcie postępowania konkursowego polegającą na przedstawieniu odmiennego rozumienia kryteriów wyboru ofert, wskazać należy, iż komisja konkursowa wyrażając w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego stanowisko w zakresie interpretacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie kryteriów wyboru ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie zmieniła tego stanowiska aż do zakończenia postępowania. Przyjęcie interpretacji przepisów Ministerstwa Zdrowia dotyczących braku konieczności posiadania kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP w

przypadku zadeklarowania przez oferenta prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a więc odmiennego stanowiska aniżeli zaprezentowanego przez komisję konkursową w trakcie trwania postępowania konkursowego nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 nie stanowi naruszenia zasad równego traktowania oferentów, bowiem w trakcie prowadzonego postępowania komisja nie zmieniła swojego stanowiska. Dopiero, w wyniku prowadzenia sprawy z odwołania Odwołującego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ustalił, iż komisja konkursowa błędnie uznała, iż oferent deklarujący w ofercie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej nie musi posiadać kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP pozostaje bez wpływu na rozstrzygnięcie tego postępowania.

Konstatując powyższe rozważania, stwierdzić 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 15-17-000073/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 Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak prowadzących w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Vivax s.c. 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 Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak nie miało wpływu na jego interes prawny. Innymi słowy, nawet prawidłowe działanie komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 polegające na odrzuceniu oferty ww. kontroferenta nie miałyby jakiegokolwiek wpływu na fakt odrzucenia oferty Odwołującego. Zatem w stosunku do oferty Odwołującego nie popełniono błędów, które mogłyby skutkować uwzględnieniem odwołania. Tylko bowiem uwzględnienie odwołania na tej podstawie, że oferta Odwołującego została niesłusznie odrzucona wiodłoby, po uprawomocnieniu odpowiedniej decyzji administracyjnej, 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 Piotra Nowak, Marty Nowak Mateusza Nowak 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 Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak 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 15-17-000073/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 dopuściła się naruszenia zasad prowadzenia postępowania nie odrzucając oferty Piotra Nowak, Marty Nowak, Mateusza Nowak. 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.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Kratzevska (1)

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 4 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. Piotr Nowak, Marta Nowak, Mateusz Nowak, NZOZ Vivax s.c. – 1 egz.,
3. n/a – 2 egz.

Opracowała: Marzena Kostuj – Wydział Organizacyjny