NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia
Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu

Poznań, dnia 11. 05. 2017

DECYZJA NR .11..../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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 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 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, wniesionego przez ST MEDICAL spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kaliszu (62-800) przy ul. Żwirki i Wigury 18-22, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą") oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980), ogłosił w dniu 10 stycznia 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 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 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych.

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 79 584,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawarta jedna umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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.

Dnia 8 marca 2017 roku do Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie ST MEDICAL spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z

siedzibą w Kaliszu (62-800) przy ul. Żwirki i Wigury 18-22, zwanej dalej „Odwołującym", dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2017 roku postępowania nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, Odwołujący zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy poprzez bezpodstawne odrzucenie złożonej przez niego oferty, pomimo spełnienia przez Odwołującego wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 Ustawy. Nadto Odwołujący zarzuca komisji konkursowej naruszanie art. 6, 7, 8, 11, art. 77 § 1 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego poprzez niedokonanie wyczerpującego rozpatrzenia materiału dowodowego, co doprowadziło do ustalenia stanu faktycznego niezgodnego z rzeczywistością i który nie znajduje uzasadnienia w świetle obowiązującego stanu prawnego. Dodatkowo Odwołujący zarzucił naruszanie art. 7 w zw. z art. 77 § 1 oraz art. 80 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego poprzez niepodjęcie przez komisję konkursową wszelkich kroków niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy w sposób uwzględniający interes społeczny i słuszny interes obywateli oraz nierozpatrzenie w sposób wyczerpujący całego materiału dowodowego. Odwołujący podnosi również zarzut naruszania art. 134 ust. 1 Ustawy, poprzez niezachowanie przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady zachowania uczciwej konkurencji poprzez odrzucenie oferty w sytuacji, gdy prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej jest warunkiem dodatkowo punktowanym w sytuacji, gdy bez spełnienia tego warunku oferta Odwołującego jest najlepszą spośród tych, które zostały złożone w postępowaniu konkursowym.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 9 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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy 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 zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 22 marca 2017 roku. W dniu 17 marca 2017 roku z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystał Odwołujący.

W dniu 14 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia skierował do Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia pisemne zapytanie o wskazanie, czy jeżeli oferent zadeklarował w ofercie spełnianie warunku dodatkowo ocenianego 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 zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej prowadzić indywidualną dokumentację medyczną w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym zapewniającym eksport całości danych w formacie określonym w przepisach przywołanego rozporządzenia, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych pozostaje standard DICOM oraz czy odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonywane również z zachowaniem formatu DICOM. Ze względu na fakt, iż do dnia 22 marca 2017 roku odpowiedź na powyższe zapytanie nie wpłynęła do Oddziału Funduszu, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dwukrotnie informował strony postępowania administracyjnego o nowych terminach wydania decyzji administracyjnej, który określił w pierwszej kolejności na dzień 29 marca 2017 roku, a następnie na dzień 7 kwietnia 2017 roku. W dniu 7 kwietnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo z Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia stanowiące odpowiedź na pismo Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku. W związku z wpływem wyżej opisanego pisma, nowy termin wydania decyzji administracyjnej został określony na dzień 19 kwietnia 2017 roku, o czym strony postępowania zostały poinformowane odrębnym pismem z dnia 7 kwietnia 2017 roku. Do Odwołującego skierowane zostało ponadto wezwanie do przedłożenia dokumentów potwierdzających fakt spełniania przez wykazanych w ofercie podwykonawców warunków prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej. Uwzględniając fakt wyznaczenia przez Odwołującego pełnomocnika w prowadzonym postępowaniu administracyjnym, wezwanie o przedłożenie dokumentów potwierdzających fakt spełniania przez wykazanych w ofercie

podwykonawców warunków prowadzenia dokumentacji elektronicznej zostało również przesłane ustanowionemu przez Odwołującego pełnomocnikowi. W piśmie tym Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania o wyznaczeniu terminu wydania decyzji na dzień 11 maja 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2017 roku postępowania nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 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 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, 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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01, stanowisko wyrażone w piśmie Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2017 roku, a także dokumentacja prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wytworzona przez komisję konkursową w jego toku.

W postępowaniu nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 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 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych oferty złożyli Odwołujący i Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

Postępowanie nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386, 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 ze zm.),

- zarządzenia Nr 56/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zmienionego zarządzeniem Nr 70/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r., zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r., 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 10 stycznia 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 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. Komisja konkursowa po dokonaniu oceny oferty, a także złożonych przez Odwołującego, na wezwanie komisji konkursowej, wyjaśnień i dokumentów stwierdziła, iż Odwołujący deklarując warunek 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, nie zapewnia spełniania tego warunku, a zatem podał nieprawdziwą informację, co skutkowało odrzuceniem oferty Odwołującego. Złożony w dniu 15 lutego 2017 roku przez Odwołującego do komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 protest na czynność odrzucenia oferty dokonaną w dniu 14 lutego 2017 roku nie został uwzględniony. Również złożony w dniu 27 lutego 2017 roku protest na czynność nieuwzględnienia protestu nie został przez komisję konkursową uwzględniony.

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

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
   - kwalifikacje personelu (maksymalnie 52,00 pkt),
   - realizację wybranych świadczeń (maksymalnie 18,00 pkt),
   - 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 -11,00 pkt),
   - pozostałe warunki, w tym:
   - posiadanie certyfikatów systemu zarządzania (maksymalnie 1,0 pkt),
   - prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (maksymalnie 5,00 pkt).
2. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez:
   - posiadanie odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, (maksymalnie 1,00 pkt),
   - dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych (maksymalnie 1,00 pkt),
   - realizację wykonania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 50% lub 75% rozpoznań zasadniczych według ICD-10, ze wszystkich możliwych rozpoznań do realizacji w danym zakresie świadczeń (maksymalnie 2 pkt).
3. kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, (maksymalnie 3 pkt),
- realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, (maksymalnie 3 pkt),
- realizację umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie środowiskowe (domowe) w ramach ZLŚ, (maksymalnie 4 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 1,00 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 4,00 pkt),
5. inne warunki oceniane, tj.: 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),
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 3,00 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:

$$A\begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = s \end{cases}$$

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

gdzie:

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

C_{maks} - 1,1 x C_{NFZ},

C_{min} - 0,9 x 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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych zostanie zawarta z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA		PUNKTACJA					
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
Zespól Zakładów Opieki Zdrowotnej	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50	TAK

Wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w

zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień" i Tabeli nr 2 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – część wspólna" załącznika nr 4 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień" 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 1 „WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH PSYCHIATRYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI" do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY" oferent biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych i uwzględniony w rankingu końcowym udzielił następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim:
W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie środowiskowe (domowe) w ramach ZLŚ, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osobę prowadząca psychoterapię, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez psychologa klinicznego, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez pielęgniarkę specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał 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 udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, 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 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, że co najmniej 10% świadczeń przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, 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,
- w zakresie realizacji wybranych świadczeń nie zadeklarował realizacji:
  1/ w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w ramach profilowanych programów terapii, za co nie otrzymał punktów,
  2/ wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych 1) elektrofizjologicznych, 2) neuroobrazowych, 3) neuropsychologicznych, za co nie otrzymał punktów.
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował różnorodności realizacji świadczeń - wykonania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 50% lub 75% rozpoznań zasadniczych według ICD-10, ze wszystkich możliwych rozpoznań do realizacji w danym zakresie świadczeń, 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. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł, za co otrzymał 1,5 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

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

W zakresie kryterium kompleksowości Odwołujący:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie środowiskowe (domowe) w ramach ZLŚ, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu na 40 miejsc, za co otrzymałby 23,00 punkty,
- zadeklarował udzielenie świadczeń przez osobę prowadząca psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc, za co otrzymałby 13,00 punktów,
- zadeklarował udzielenia świadczeń przez psychologa klinicznego - równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc, za co otrzymałby 12,00 punktów,

- zadeklarował udzielenie świadczeń przez pielęgniarkę specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymałby 4,00 punkty,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie braków, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- w zakresie realizacji wybranych świadczeń nie zadeklarował realizacji:
  1/ w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w ramach profilowanych programów terapii, za co nie otrzymałby punktów,
  2/ wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych 1) elektrofizjologicznych, 2) neuroobrazowych, 3) neuropsychologicznych, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymałby punktów,
- 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 otrzymałby 3,00 punkty.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymałby 1,00 punkt,
- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymałby 1,00 punkt,
- nie zadeklarował różnorodności realizacji świadczeń - wykonania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, 50% lub 75% rozpoznań zasadniczych według ICD-10, ze wszystkich możliwych rozpoznań do realizacji w

danym zakresie świadczeń w którym ogłoszono postępowanie, za co nie otrzymałby 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 otrzymałby 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 otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie innych warunków ocenianych nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymałby punktów,

W zakresie kryterium ceny Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 7,20 zł, za co otrzymałby 3,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

NAZWA OFERENTA		PUNKTACJA				
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY
ST MEDICAL spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	3,00	0,00	0,00	55,00	2,00	60

Ponadto wskazać należy, iż obaj oferenci w ofertach 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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych wskazać należy, co następuje.

Odnosząc się do zarzutu błędnego zastosowania przez komisję konkursową przepisu art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy nakazującego odrzucenie oferty zawierającej nieprawdziwą informację wskazać należy, iż sposób sformułowania tego pytania oraz okoliczności, w jakich zostało zadane (postępowanie konkursowe dotyczące udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych) nie powinny rodzić wątpliwości – w szczególności u profesjonalistów (przedsiębiorców), jakim jest Odwołujący, iż chodzi w tym przypadku o możliwość 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. Na podstawie ww. przepisu oferta zawierająca nieprawdziwą informację – w zakresie odpowiedzi na pytanie ankietowe będące jednym z pytań dodatkowo punktowanych („rankingujących"), a zatem mającym wpływ na ostateczny kształt rankingu, a w rezultacie i na wynik postępowania konkursowego – podlega w postępowaniu konkursowym obligatoryjnemu odrzuceniu. Podkreślić również należy, iż redakcja przepisu art. 149 ust. 1 wyklucza badanie przez komisję konkursową czy Dyrektora Oddziału faktu, czy oferent podając w ofercie nieprawdziwe informacje działa w sposób zamierzony czy nie.

Odnosząc się do kwestii odrzucenia oferty Odwołującego wskazać należy, co następuje. Decyzją komisji konkursowej z dnia 14 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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 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 4 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 – OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ - 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, wydanego 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 wyżej przywołanego 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 wyjaśnieniach złożonych w dniu 12 lutego 2017 roku, oświadczył, iż *„... nie posiadam tytułu prawnego do korzystania z urządzenia umożliwiającego odwzorowanie cyfrowe analogowych zdjęć rentgenowskich w standardzie DICOM"*. 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"*.

W tym miejscu wskazać należy, iż 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.

Wskazać zatem należy, iż fakt niespełniania przez Odwołującego warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej stanowi samodzielną podstawę do odrzucenia oferty Odwołującego i tym samym stwierdzenia, iż Odwołujący udzielając pozytywnej odpowiedzi na pytanie ankietowe o 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 podał nieprawdziwe informacje.

W tym miejscu mając na względzie zasadę przekonywania oraz chęć wskazania wszystkich okoliczności mających wpływ na ocenę spełniania przez Odwołującego warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zwraca uwagę na następującą okoliczność. Odwołujący w ofercie złożonej w postępowaniu nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 wykazał trzech podwykonawców: NZOZ Diagnostyka, Specjalistka i Medycyna Pracy Maciej Dwornik - „Umowa z dna 24 listopada 2016 r. o świadczenie specjalistycznych konsultacji medycznych w zakresie diagnostyki", S.Z.O.Z. Kompleksowa Terapia J. Sukinniczak spółka jawna umowa z dnia 24 listopada 2017 r. o wykonywanie usług medycznych oraz TOMMA Diagnostyka Obrazowa S.A. – „Umowa nr 2/OW/L/AMB/MR/2017 o świadczenie usług medycznych" . W tym miejscu wskazać należy, iż oferenci którzy decydują się na realizację umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przy współudziale podwykonawców zobowiązani są zagwarantować aby udzielane przez podwykonawców świadczenia spełniały wszystkie warunki, których spełnienie oferent zaoferował w ofercie. Powyższy wymóg znajduje również zastosowanie do

wskazanego w ofercie Odwołującego warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej. Powyższe stanowisko zostało potwierdzone w piśmie Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w piśmie z dnia 3 marca 2017 roku znak UZ-ZR.7101.57.2017.SK, w którym stwierdza się między innymi: „Odnosząc się do pytania *„czy wykazanie w ofercie prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej i EDM skutkuje tym, że również wykazani w ofercie podwykonawcy na badania diagnostyczne, muszą prowadzić dokumentację w tej samej formie co oferent?"*, uprzejmie informuję, że omawiane warunki, dotyczące kryteriów związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, zawarte w rozporządzeniu w sprawie oceny kryteriów ofert, mają zastosowanie również do podwykonawców." Z treści oferty, jak i wyjaśnień i dokumentów jakie Odwołujący złożył w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 nie wynika, iż wskazani w ofercie przez Odwołującego podwykonawcy, którzy mieliby realizować świadczenia w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzą elektroniczną dokumentację medyczną. Ewentualne dalsze postępowanie wyjaśniające w powyższym przedmiocie, w świetle niespełniania przez Odwołującego warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej pozostawałoby przy tym bez wpływu na treść niniejszej decyzji.

Zgodnie z wyżej przywołanym przepisem art. 2 pkt 6 lit. b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia elektroniczną dokumentację medyczną stanowi dokumentacja medyczna indywidualna, z wyłączeniem skierowań natomiast przepis § 3 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej stanowi, że elektroniczna dokumentacja medyczna jest udostępniana w SIM w formacie XML oraz, w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową, w standardzie DICOM. Z brzmienia powyższych przepisów wynika, iż dokumentacja medyczna, w tym również ta związana z diagnostyką obrazową winna być prowadzona w formie elektronicznej. W sytuacji zatem gdy podwykonawca nie prowadzi elektronicznej dokumentacji medycznej niemożliwym jest spełnienie warunku udostępniania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową w standardzie DICOM.

Ponownego podkreślenia jednakże wymaga, iż to fakt niespełniania przez Odwołującego warunku koniecznego do prowadzenia ww. indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, jakim jest jej prowadzenie w systemie teleinformatycznym zapewniającym w szczególności eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na

postawie 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, stanowi samodzielną podstawę do odrzucenia oferty Odwołującego i nieuwzględnienia odwołania.

Jednocześnie zwrócić należy uwagę, iż warunek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej w postępowaniu nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 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. 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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 prawidłowo odrzuciła tę ofertę, na podstawie art. 149 ust.1 pkt 2 Ustawy jako zawierającą nieprawdziwe informacje i nie uwzględniła złożonego przez Odwołującego protestu.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przyjmuje, zgodnie ze stanowiskiem Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w piśmie z dnia 3 marca 2017 roku znak UZ-ZR.7101.57.2017.SK, 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.

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 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01 nie dopuściła się naruszenia zasad prowadzenia postępowania. Jednocześnie w odwołaniu 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 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych 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 Kraszewska (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. ZZOZ W Ostrowie Wlkp. – 1 egz.,
3. a/a. – 2 egz.

Opracował: Michał Badowski – Wydział Organizacyjny.