

Poznań, dnia 26 maja 2017 r.

WO.422.8.2017

10/PL

DECYZJA NR 23/2017/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 14 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, wniesionego przez Marigold Sp. z o.o., 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 ze zm.), ogłosił w dniu 3 lutego 2017 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w opiece paliatywnej i hospicyjnej w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.

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 5.061.201,87 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017r. do dnia 31 grudnia 2017r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 6 (słownie: sześć).

W postępowaniu konkursowym udział brały następujące podmioty:

- ARS MEDICAL Sp. z o.o. z siedzibą Al. Wojska Polskiego 43, 64-920 Piła,
- Stowarzyszenie im. Ks. Jerzego Niwarda Musolffa w Wągrowcu, Plac Wyszyńskiego 1, 62-100 Wągrowiec,
- Szpital powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów,
- Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica, ul. Rydygiera 1, 64-920 Piła,
- Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii, im. Eugenii i Janusza Zeylandów, ul. Szamarzewskiego 62, 60-569 Poznań,
- Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Toruńska, ul. Panny Marii 7, 77-400 Złotów,
- Marigold Sp. z o.o., Al. Niepodległości 813-815, 81-805 Sopot.

W trakcie postępowania oferta Marigold Sp. z o.o., jako jedyna została przez Komisję Konkursową odrzucona, na podstawie art. 149 Ustawy, albowiem Odwołujący podał w ofercie nieprawdziwe informacje.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 15 kwietnia 2016 r., 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 20 kwietnia 2017 r. roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie Marigold Sp. z o.o. (zwanej dalej: Odwołującym) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie. W nim to Odwołujący przedstawił następujący stan faktyczny:

- w dniu 28 marca 2017 r. na rokowaniach w siedzibie WOW NFZ w Poznaniu, podpisany został Protokół końcowy z negocjacji, ustalający wzajemne deklaracje i oczekiwania dot. ewentualnej ilości kontraktowanych łóżek oraz dot. ceny punktu i spodziewanej wartości umowy. Tam też został poinformowany o tym, że cena punktu zaproponowana w jego ofercie jest najniższa w tym postępowaniu, a zbieżność stanowisk nie oznacza dokonania ostatecznego wyboru propozycji Odwołującego;

- w dniu 30 marca 2017 r. otrzymał kolejne wezwanie do wyjaśnień z możliwością przesłania odpowiedzi faksem. Odpowiedzi zostały przesłane faksem w dniu 31 marca br. oraz do siedziby WOW NFZ. W tym samym dniu Komisja przekazała informację o planowanej kontroli bez podania jej zakresu, telefonicznie na nr faksu, który został podany jedynie jako kontakt faksowy. W konsekwencji o kontroli planowanej na 3 kwietnia 2017r. Prezes Zarządu Odwołującego, który na co dzień zamieszkuje w Gdyni (kilkaset kilometrów od Szamocina) dowiedział się o godz. 8.00 w dniu 3 kwietnia 2017 r.;

- obiekt w Szamocinie nie rozpoczął jeszcze działalności i na miejscu nie pracuje osoba posiadająca niezbędną wiedzę na temat przedmiotu planowanej działalności. O kontroli zawiadomiona została jedyna osoba, która mogła stawić się w obiekcie w Szamocinie o godz. 9.00. Osobą tą był upoważniony do obecności w trakcie kontroli weryfikującej ofertę informatyk, mieszkający w Szamocinie, zorientowany we wszystkich elementach systemu informatycznego, który został mu zlecony umową. Osoba to nie posiadała natomiast pełnej wiedzy na temat elementów wyposażenia i pełnego oprogramowania komputera, który stanowił element sieci, lecz pojawił się na wyposażeniu obiektu przed podpisaniem z nim umowy. Upoważnienie do reprezentowania Odwołującego zostało wystawione tej osobie przed poprzednią kontrolą, dot. wyposażenia zgodnego ze złożoną ofertą;

- w wyniku przeprowadzonej kontroli powstał protokół z zapisami, z którymi Odwołujący się nie zgadza, dlatego wniósł w dniu 10 kwietnia 2017 r. do Komisji Konkursowej odwołanie od protokołu -

określone jako protest, który odrzucono w tym samym dniu. Nie czekając na zakończenie terminu odwoławczego, Komisja konkursowa w dniu 4 kwietnia 2017 r. podjęła decyzję o odrzuceniu oferty Nr 15-17-000134[15/1]-0004/00 z powodu nieprawidłowych informacji zawartych w ofercie;

- kontrola przeprowadzona w dniu 3 kwietnia 2017 r. odnosiła się do oferty w części 2.4.2 OPH dot. prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r., poz.186 ze zm.) tj. deklaracji, która stanowić może podstawę dodatkowej punktacji. Informacje w ofercie i deklaracja Odwołującego w pkt. 2.4.2 oferty wynikały, że świadomości posiadania wszystkich elementów systemu informatycznego, pozwalających na prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej wraz z zabezpieczeniami i możliwością odwzorowania dokumentacji tradycyjnej w formie elektronicznej, a nie chęci wprowadzenia Komisji w błąd. Komisja zadała informatykowi pytanie o program do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej Kamsoft, którego instalacja i wdrożenie zostały mu zlecone. Informatyk odpowiedział zgodnie z prawdą, że pracuje nad nim, ale jeszcze nie jest zainstalowany. Na pytanie, czy do systemu zamontowany jest skaner odpowiedział zgodnie z prawdą, że nie ma skanera, ale są inne urządzenia mogące odwzorowywać obraz. Zaprezentował Komisji programy zabezpieczające i antywirusowe w przygotowanym przez siebie komputerze. Zapis protokołu stwierdzał brak urządzenia pozwalającego na odwzorowywanie cyfrowe dokumentacji utworzonej w postaci papierowej oraz oprogramowania pozwalającego na prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej. Ponieważ takie sformułowania protokołu nie są zgodne ze stanem rzeczywistym zostało wniesione odwołanie od protokołu, a także od decyzji Komisji Konkursowej, oba protesty odrzucono w dniu wniesienia;

- w trakcie kontroli w dniu 3 kwietnia 2017 r., o godz. 9.15 Komisja stwierdziła w protokole, że Odwołujący nie posiada oprogramowania pozwalającego na prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, co nie jest prawdą, albowiem posiada pełnoprawny program do obsługi indywidualnej dokumentacji medycznej, który jest zainstalowany w drugim komputerze, stanowiącym element stworzonej sieci, którego w czasie kontroli nie otwierano. Program ten to Optimed24, który przystosowany jest także do sprawozdawczości i pełnej obsługi dokumentacji medycznej pacjenta (dokumenty potwierdzające zostały dołączone do protestu);

- w dniu kontroli Odwołujący nie posiadał skanera, ale posiadał na wyposażeniu obiektu w Szamocinie aparat cyfrowy, który ma służyć do odwzorowania obrazu i po to został zakupiony. Do odwzorowywania dokumentacji papierowej służyć może obecnie także smartfon, iPhone oraz iPad, które również znajdują się na wyposażeniu obiektu. W uzasadnieniach odrzuconych Protestów w argumentacji Komisji pojawia się również wymóg posiadania urządzenia służącego do odwzorowywania zdjęć np. rentgenowskich w formacie DICOM i dopiero w dniu 12 kwietnia 2017 r. na stronie www WOW NFZ

pojawia się komunikat dotyczący warunków przyznawania dodatkowych punktów za deklarację prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, gdzie znajduje się wymaganie posiadania urządzenia, które zapewnia możliwość odwzorowywania dokumentacji medycznej tradycyjnej, w tym zdjęć rentgenowskich z zachowaniem formatu DICOM. Komunikat ten w ocenie Odwołującego jest spóźniony, gdy uwzględni się zapis art. 134 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Dodatkowo aparat cyfrowy znajdujący się w posiadaniu Oferenta taką możliwość posiada, ponieważ urządzenie Medi 6000 plus odwzorowuje obrazy w standardzie DICOM, a także pliki mogą być zintegrowane z systemem HIS/PACS;

- mając na względzie ciąg zdarzeń mających miejsce już po podpisaniu protokołu końcowego negocjacji oraz tryb przeprowadzonej kontroli a także brak możliwości zweryfikowania informacji uogólnionych w protokole kontroli Odwołujący wnosi o poddanie złożonej przez siebie oferty końcowej ocenie w Konkursie Ofert 2017, w ramach zakresu świadczeń: w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym w subregionie pilskim podkreślając, że jego cena punktu zaproponowana w ofercie jest najniższa w tym postępowaniu.

Złożone odwołanie Odwołujący prawnie uzasadnił tym, że:

- zasada równego traktowania jest podstawową zasadą postępowania i oznacza między innymi, że niedopuszczalne jest stosowanie do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców (stanowisko to posiada oparcie w orzeczeniu NSA z dnia 16 października 2015 r., II GSK 2006/14);

- kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania (art. 147 ustawy o świadczeniach);

- Komisja konkursowa naruszyła art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy¹ poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz z pominięciem zasad uczciwej konkurencji.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 21 kwietnia 2017 r. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.021.02/01, 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

¹ Art. 134. 1. Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

2. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy.

Odwołujący się po zapoznaniu się z aktami sprawy pismem z dnia 3 maja 2017 r. przy pomocy pełnomocnika Pana Marcina Nowaka podtrzymał stanowisko zaprezentowane w odwołaniu oraz wniósł o zmianę decyzji konkursowej z dnia 14 kwietnia 2017 r. i poddanie oferty Odwołującego końcowej ocenie w Konkursie Ofert 2017 r. oraz odrzucenie oferty Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów z uwagi na poświadczenie nieprawdy w złożonej ofercie.

Odwołujący w swoim piśmie z dnia 3 maja 2017r. podniósł, że:

- Pan Marcin Nowak świadczący usługi informatyczne u Odwołującego nie był w pełni poinformowany o sprzęcie i urządzeniach, które zostały zakupione przed podpisaniem z nim umowy na wykonywanie zadań określonych w tej umowie. W związku z tym na pytanie Komisji konkursowej o skaner, poinformował on komisję konkursową, że nie posiada typowego skanera do odwzorowywania dokumentacji papierowej, ani nie mam jeszcze zainstalowanego oprogramowania Kamsoft, do którego wdrożenia został zobligowany. Na tamten dzień Pan Marcin Nowak nie miał wiedzy o innym sprzęcie czy oprogramowaniu, które może znajdować się w obiekcie. Część obiektu jest zamykana, aby zabezpieczyć mienie firmy przed ewentualną kradzieżą. Ze względu na brak wiedzy Pana Marcina Nowaka Komisja konkursowa w protokole weryfikacji oferenta stwierdziła: brak oprogramowania pozwalającego na prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej oraz brak urządzenia pozwalającego na odwzorowanie cyfrowe dokumentacji wytworzonej w postaci papierowej;

- odnosząc się do tej weryfikacji w dniu 10 kwietnia 2017 r. Odwołujący wniósł zastrzeżenia do protokołu z weryfikacji, w którym udowadnia, że jest w posiadaniu oprogramowania do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w rozumieniu ustawy, wysyłając Komisji konkursowej umowę na świadczenie usług serwisowych oprogramowania Optimed24, a także protokół odbioru przedmiotu zamówienia. Ponadto Odwołujący odnosząc się do zapisu punktu 4 protokołu z weryfikacji, udowodnił, że do odwzorowania dokumentacji utworzonej w postaci papierowej służyć może iPad, iPhone, tablet czy smartphone, a na pewno do odwzorowywania takiej dokumentacji służyć może aparat cyfrowy jaki posiada Odwołujący, co zostało również udowodnione, wysyłając w zastrzeżeniach fakturę zakupu na cyfrowe urządzenie do odwzorowywania dokumentów z dnia 16 lutego 2017 r. Stąd też niezrozumiała jest odpowiedź Komisji konkursowej, która stwierdziła: „Na marginesie wskazania wymaga, iż niedopuszczalne należy uznać możliwość wykonywania odwzorowań cyfrowych zdjęć radiologicznych z wykorzystaniem smartphone, iPhone oraz iPada, zwłaszcza jeśli odnosić to do założenia, że odwzorowania takie mają stanowić niejednokrotnie podstawę szczegółowego diagnozowania pacjenta ...”;

- Komisja weryfikacyjna nie zapytała o urządzenia do odwzorowywania zdjęć RTG, a w swoim uzasadnieniu podała informację o technice obrazowej. Odwołujący w swoich dowodach i wnioskach odniósł

się tylko i wyłącznie do dokumentacji papierowej, a nie obrazowej i na to przedstawił dowody;

- w odwołaniu z dnia 20 kwietnia 2017 r. Odwołujący podniósł: „W dniu kontroli Marigold Sp. z o.o. nie posiadał skanera, ale posiadał na wyposażeniu obiektu w Szamocinie aparat cyfrowy, który ma służyć do odwzorowania obrazu i po to został zakupiony. Do odwzorowywania dokumentacji papierowej służyć może obecnie także smartphone, iPhone, oraz iPad, które również znajdują się na wyposażeniu obiektu”. Prezes Odwołującego z uwagi na fakt, że nie jest biegłą z zakresu informatyki, czy urządzeń elektronicznych, nazywa wszystkie urządzenia cyfrowe aparatami cyfrowymi, co poniekąd należy uznać jako właściwe, bo w uzasadnieniach odwołań Dyrektora WOW NFZ takie wyrażenie jest wielokrotnie powtarzane. Jednakże z tej wypowiedzi wynika, że Odwołujący napisał o urządzeniu, które dokonuje odwzorowania dokumentacji w postaci papierowej. Jednocześnie zawarł informacje o urządzeniu cyfrowym, które może służyć do odwzorowania dokumentacji obrazowej i które to urządzenie posiada. W dalszej części Oferent napisał „Dodatkowo aparat cyfrowy znajdujący się w posiadaniu Oferenta taką możliwość posiada, ponieważ urządzenie Medi 6000 odwzorowuje obrazy w standardzie DICOM”. Z wypowiedzi tej jasno wynika, że obiekt posiada takie urządzenie, lecz Odwołujący odpowiadając w zastrzeżeniu do protokołu weryfikacji odniósł się tylko do odwzorowania dokumentacji w postaci papierowej, gdyż Komisja konkursowa czytelnie napisała „Brak urządzenia pozwalającego na odwzorowanie cyfrowe dokumentacji wytworzonej w postaci papierowej”;

- w wyniku kontroli Pan Marcin Nowak poprosił Prezes Odwołującego, aby poinformowała go o elementach systemu komputerowego zakupionego przed podpisaniem z jego firmą umowy. W związku z tym otrzymał on niezbędne informacje, a także klucze do zamykanych szaf i pomieszczeń;

- podczas niezapowiedzianej kontroli wszystkie urządzenia małogabarytowe były i są przechowywane w zamykanej szafie, z uwagi na fakt, że obiekt nie jest jeszcze uruchomiony, a remont obejmujący monitoring i ogrodzenie terenu jest w trakcie;

- w dniu 3 kwietnia 2017 r. Komisja w wyniku weryfikacji tego samego postępowania innego Oferenta zapytała o formę papierową i inną formę dotyczącą zdjęć RTG. I tu nasuwa się pytanie, czy informowanie o kontroli na numer faksu, który nie służy komunikacji i nie jest numerem podanym w WOW NFZ to celowe działanie Komisji i czy celowe było niedopytywanie o niezbędne do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej urządzenia. Podczas poprzedniej weryfikacji, Komisja dokładnie sprawdzała sprzęty jak i ilość podaną w ofercie;

- należy zwrócić uwagę, że Komisja konkursowa nie loguje się do komputerów, nie sprawdza zabezpieczeń, nie weryfikuje należyte poprawności i legalności posiadanego sprzętu, nie potrafi określić co jest zabezpieczeniem logicznym, a co fizycznym. Skoro nie potrafi określić podstawowych elementów, to Odwołujący ma wrażenie graniczące z pewnością, że część członków Komisji weryfikacyjnej nie potrafi sprawdzić, ale też nie zna elementów informatycznych niezbędnych do prowadzenia indywidualnej

dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej. Wynikać to może z braku podstawowych szkoleń w tym zakresie. Odwołujący proponuje, aby Komisja konkursowa przeszła podstawowe szkolenie z zakresu przewidzianego w rozporządzeniu dotyczącym prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, co pozwoli w przyszłości ograniczyć liczbę protestów;

- Odwołujący jest w posiadaniu wszystkich urządzeń potrzebnych do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, na co załączył do pisma z dnia 3 maja 2017r. dowody w postaci umowy na posiadanie specjalistycznego urządzenia Microtek Medi 6000, a która nie została dołączona we wcześniejszych pismach, zdjęcie urządzenia z obiektu w Szamocinie, broszurę informacyjną, w której jasno wynika, że Medi 6000 jest urządzeniem medycznym, posiadającym odpowiednie certyfikaty, oświadczenia Pani Baranowskiej Małgorzaty, a także Pani Prezes Ewy Bonk Woźniakiewicz dotyczące przeszkolenia w zakresie obsługi programu Optimed24;

- urządzenie na wyposażeniu w obiekcie w Szamocinie jest pierwszym aparatem firmy Microtek z serii urządzeń medycznych, który działa w standardzie DICOM;

- oferta Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów powinna w trakcie postępowania konkursowego zostać odrzucona z uwagi, że podał on nieprawdziwe informacje w ofercie. Oferent ten stwierdził, że posiada urządzenia do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w standardzie DICOM, na co przedstawił dowód w postaci faktury zakupu skanera HP SJ N6310. Podany skaner nie jest absolutnie radiologicznym skanerem medycznym. Jest to zwykły skaner stolikowy, z pewnymi dodatkowymi funkcjami w odniesieniu do najprostszych skanerów. Wymieniony skaner nie jest urządzeniem medycznym, nie posiada niezbędnych certyfikatów, a jego parametry w karcie produktu jasno określają jego właściwości. Ponadto taki skaner można kupić w każdym sklepie komputerowym, a nawet w sklepach internetowych, co już powinno wzbudzić w Komisji podejrzenia. Skaner ten może służyć ewentualnie jako skaner stomatologiczny do małych zdjęć rentgenowskich, lecz bez standardu DICOM. Jedynymi dopuszczonymi skanerami medycznymi z certyfikatami: CE, RoHS, ISO 13485 są skanery Microtec, Oki, a także HP lecz koszt takich urządzeń przekracza 30.000 zł. Więc nad wyraz pozostaje dziwne, że skaner medyczny można było kupić za ok 4 tys. zł (co wynika z przedłożonego przez oferenta rachunku), z uwagi na fakt, że w 2014 r. w Polsce standard DICOM był bardzo mało rozpowszechniony, a skanery medyczne na zamówienie można było kupić wyłącznie poza granicami kraju za kilkadziesiąt tysięcy złotych. Komisja weryfikacyjna nie sprawdziła w żaden sposób czy jest możliwość zeskanowania zdjęcia RTG o wymiarach 350x350 mm, skoro możliwość skanowania tego urządzenia to 216 x 292 mm i dotyczy to dokumentów papierowych, natomiast jak napisano w karcie produktu tego urządzenia: „Adapter do folii: Wbudowana przystawka do przeźroczy; dwa slajdy 35 mm lub trzy klatki negatywu 35 mm”. Jakim cudem można zeskanować zdjęcie kilkakrotnie większe. Najbardziej zastanawia Odwołującego fakt zeskanowania zdjęcia rentgenowskiego przy Komisji

weryfikacyjnej. Skoro skaner nie ma możliwości zeskanowania dużego zdjęcia RTG, to co było skanowane na kontroli. Najwyżej zdjęcie zęba, bądź fragment np. zdjęcia klatki piersiowej, czy kręgosłupa, lecz na pewno nie udało się zeskanować dużego zdjęcia RTG skoro w protokole Komisji weryfikacyjnej u tego oferenta napisano „W trakcie weryfikacji dokonano skanu zdjęcia RTG w obecności członków zespołu weryfikującego”. Stąd też nasuwa się pytanie jakie to było zdjęcie i do jakiego formatu zostało zeskanowane. Z uwagi na niedostateczną wiedzę członków Komisji, można stwierdzić, że oferent zeskanował kliszę RTG, tak jak się skanuje najzwyklejsze dokumenty do formatu jpeg, jpg czy innego formatu graficznego. Stwierdzić zatem należy, że Komisja została wprowadzona w błąd, bądź świadomie przyjęła nieprawdziwe informacje wiedząc, że nie jest to urządzenie medyczne pracujące w standardzie DICOM, którego to standardu wymaga NFZ;

- wątpliwości budzi także umowa na zakup i wdrożenie oprogramowania, w której nie określono konkretnego programu do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, a użyto sformułowania „oprogramowanie aplikacyjne”. Komisja weryfikacyjna nie mogła na tej podstawie stwierdzić, czy zastosowany program spełnia wymagania stawiane przez ustawodawcę, ponieważ pod pojęciem „oprogramowanie aplikacyjne” kryje się wiele aplikacji, które nie muszą odpowiadać wymaganiom rozporządzenia;

- gdyby oferta Odwołującego nie została odrzucona, to zdobyłaby około 70 punktów.

Mając na uwadze treść zarzutów formułowanych przez Odwołującego, pismem z dnia 8 maja 2017 r. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zwrócił się do Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów z wnioskiem o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania: „czy wskazany przez Państwa podczas wizytacji do skanowania zdjęć skaner HP SJ N6310 umożliwia wykonanie odwzorowania cyfrowego zdjęcia rentgenowskiego z zachowaniem formatu DICOM? Jeśli tak, do pisemnych wyjaśnień należy przedłożyć dokumentację producenta lub dystrybutora, która potwierdzać będzie możliwość zachowania odwzorowania cyfrowego w formacie DICOM” oraz „jaki program wykorzystujecie Państwo do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej. Organ wnosi o udokumentowanie faktu jego posiadania oraz wdrożenia.

Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w odpowiedzi na wezwanie podniosło, że:

- odwzorowanie cyfrowego zdjęcia rentgenowskiego z zachowaniem formatu DICOM zostało zaprezentowane Komisji dnia 4 kwietnia 2017 r. Zdjęcie RTG w formie analogowej zostało zeskanowane skanerem HP SJ N6310 a następnie wgrane do systemu HIS z zachowaniem formatu DICOM. Za proces

odwzorowania postaci analogowej do postaci cyfrowej odpowiada oprogramowanie. W tym przypadku był to zintegrowany system HIS jakim jest system Eskulap. Sprzęt zintegrowany z systemem Eskulap, w tym przypadku skaner HP SJ N6310 gwarantuje jedynie dobre parametry tego odwzorowania: optyczna rozdzielczość skanowania do 2400x2400 dpi, skala szarości: 256 poziomy;

- do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej wykorzystujemy program ESKULAP. W załączeniu umowa i protokół zdawczo odbiorczy.

Na dowód posiadania oprogramowania umożliwiającego prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów przedłożyło umowę na zakup i wdrożenie oprogramowania z dnia 12 sierpnia 2014 r., jego specyfikację oraz protokół zdawczo odbiorczy potwierdzający jego wdrożenie z dnia 10 października 2014 r.

Odwołujący po zapoznaniu się z pismem Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów podniósł przy pomocy Pełnomocnika, że:

- odpowiedź Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów przedstawia sytuację, w której Oferent twierdzi, że skaner ma jedynie gwarantować dobre odwzorowanie parametrów, co w ocenie Odwołującego oraz Komisji konkursowej nie jest prawdą, co wynika m.in. ze stanowiska Komisji, która wyjaśniła, że: „Na marginesie wskazania wymaga, iż niedopuszczalne należy uznać możliwość odwzorowań cyfrowych zdjęć z wykorzystaniem smartfona, iPhone oraz iPada ...”;

- idąc tokiem rozumowania Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów należy stwierdzić, że do odwzorowywania dokumentacji obrazowej analogowej na format cyfrowy można użyć dowolnego urządzenia do obrazowania o wysokiej rozdzielczości m.in. aparat cyfrowy, iPhone itp. urządzenia, które tylko mają odwzorować obraz. Do tego celu można by było wykorzystać każde urządzenie cyfrowe z funkcją aparatu, czy używany skaner za 200 zł. Jednakże każde urządzenie ma swoje przeznaczenie, które jest opisane w karcie każdego produktu. Ponadto każde urządzenie powinno posiadać odpowiednie certyfikaty. W karcie spornego skanera, producent jasno napisał, co może być nim skanowane, a funkcja skanowania negatywu odnosi się do zdjęć o wymiarach 35 mm;

- w odwzorowaniu zdjęć rentgenowskich analogowych nie można używać sobie urządzeń, które nie są do tego przeznaczone. Medi 6000 posiadany przez Odwołującego jest urządzeniem, które znacząco przewyższa parametry skanera Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów, a także posiada wszystkie wymagane certyfikaty;

- nawet gdyby przyjąć taki tok rozumowania, to zaskakująco dziwne jest, dlaczego Komisja konkursowa zaakceptowała skaner hp SJ N6310 jako urządzenie do odwzorowania dokumentacji analogowej na cyfrową, a nie przyjęła urządzenia, które jest w posiadaniu Marigold Sp. z o.o., a jest nim aparat cyfrowy;

- aparat Odwołującego ma zdecydowanie większa rozdzielczość niż skaner hp SJ N6310. Oznacza to, że Odwołujący nie został równo potraktowany, ponieważ oba urządzenia mogą pełnić podobne funkcje, a mimo to Komisja konkursowa nie przyjęła tego urządzenia jako wymaganego w rozporządzeniu;

- reasumując skaner HP SJ N6310 nie jest urządzeniem do odwzorowania obrazów RTG w formie analogowej na cyfrową, nie posiada odpowiedniego certyfikatu, co powoduje, że Odwołujący podtrzymuje swoje wcześniejsze stanowisko z dnia 5 maja 2017r.

Mając powyższe na względzie Dyrektor WOW NFZ zważył co następuje:

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 kwietnia 2017 r. postępowania numer 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.021.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w opiece paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, 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 skarżonym postępowaniu oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

Postępowanie nr 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.021.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1347 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 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i

hospicyjna, zmienione go zarządzeniem Prezesa NFZ nr 116/2016/DSOZ z dnia 25 listopada 2016 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna;

- 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 3 lutego 2017 r.

Wymaga podkreślenia, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości orzekania w skargach na rozstrzygnięcia Komisji konkursowych na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Podstawą do uwzględnienia odwołania jest naruszenie interesu prawnego odwołującego wskutek pogwałcenia zasad postępowania konkursowego przez co rozumieć należy rozstrzygnięcie postępowania konkursowego dokonane przez komisję z naruszeniem zasad postępowania, czego przyczyną było naruszenia interesu prawnego odwołującego, co wynika z art. 152 ust. 1 Ustawy.

Przed rozpaczaniem zarzutów dotyczących odrzucenia oferty Odwołującego ustalić należy, czy ewentualne nieodrżucenie oferty Odwołującego, mając na względzie jego oświadczenia podniesione w ankiecie, miałyby wpływ na rozstrzygnięcie konkursu.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 11 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 48,00 pkt);
 - b) zewnętrzna ocena zarządzania, tj. posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (2,00 pkt);
 - c) pozostałe warunki, w tym:
 - co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym (2,00 pkt);
 - sala dziennego pobytu (1,00 pkt);
 - wszystkie sale chorych 1-3 osobowe (2,00 pkt);
 - w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania (1,00 pkt);
 - d) certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1,00 pkt);

- e) prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (1,00 pkt);
- 2. kompleksowość - oceniana poprzez:
 - a) realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci (2,00 pkt);
 - b) realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym (2,00 pkt);
 - c) realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej (2,00 pkt);
- 3. ciągłość - oceniana poprzez:
 - a) realizowanie w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (5,00 pkt);
 - b) realizowanie 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 (5,00 pkt);
- 4. cena – oceniana poprzez: obliczenie jej zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 25,00 pkt);
- 5. wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości (maksymalna ilość pkt. ujemnych 15) – oceniana poprzez:
 - a) udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli (1,00 pkt ujemny);
 - b) udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli (2,00 pkt ujemne);
 - c) brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli (1,00 pkt ujemny);
 - d) obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach (2,00 pkt ujemne);
 - e) pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy (2,00 pkt ujemne);

- f) niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia – tylko na podstawie kontroli (1,00 pkt ujemny);
 - g) przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli (2,00 pkt ujemne);
 - h) niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych (1,00 pkt ujemny);
 - i) stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach (2,00 pkt ujemne);
 - j) brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli (1,00 pkt ujemny);
6. inne warunki oceniane:
- 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);
7. 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 25,00 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000134/OPH/15/1/15. 4180.021.021.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA					
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY
SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	12,5	10	0	42	0	64,5
ZGROMADZENIE SIÓSTR ŚW.ELŻBIETY PROWINCJA TORUŃSKA	12,5	10	2	38	0	62,5
SZPITAL POWIATOWY IM. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ZŁOTOWIE	12,5	10	2	32	0	56,5
ARS MEDICAL Sp. z o.o.	12,5	10	2	30	0	54,5
STOWARZYSZENIE IM.KS. JERZEGO NIWARDA MUSOLFFA W WĄGROWCU	12,5	10	2	25	0	49,5

WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII IM. EUGENII I JANUSZA ZEYLANDÓW	12,5	5	0	13	0	30,5
---	------	---	---	----	---	------

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, pytania ankietowe do oferentów opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Opieka Paliatywna i Hospicyjna – Część Wspólna” i Tabeli nr 1 „Opieka Paliatywna i Hospicyjna - poz. 1 Oddział medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarne” załącznika nr 11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert określenia warunków zawierania i realizacji umów

Na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 15 punktów;
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował udzielania 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 braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, 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 braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, 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;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;

- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował sali dziennego pobytu, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowe, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacją umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 56,19 zł, za co otrzymał 12,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 56,19 zł.

Oferent: Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Toruńska:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 15 punktów;
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, co pismem z dnia 15 marca 2017 r. sprostował przyznając się do błędu rachunkowego. W rezultacie nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania 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 braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, 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 braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, 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;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował salę dziennego pobytu, za co otrzymał 1 punkt;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowe, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 56,19 zł, za co otrzymał 12,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 56,19 zł.

Oferent: Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w wymiarze co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, co pismem z dnia 15 marca 2017 r. sprostował przyznając się do błędu rachunkowego. W rezultacie nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania 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 braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, 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 braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, 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;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował sali dziennego pobytu, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował wszystkich 1-3 osobowych sal chorych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 56,19 zł, za co otrzymał 12,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 56,19 zł.

Oferent: ARS MEDICAL Sp. z o.o.:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co otrzymał 2 punkty;

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej. Pismem z dnia 15 marca 2017 r. sprostował to deklarując, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 15 punktów;
- nie zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych. Pismem z dnia 15 marca 2017 r. sprostował to udzielając odpowiedzi twierdzącej za otrzymał 10 punktów;
- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował pracy pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania 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 braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, 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 braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, 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;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;

- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował posiadania co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował sali dziennego pobytu, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowe, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 56,19 zł, za co otrzymał 12,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 56,19 zł.

Oferent Stowarzyszenie im. Ks. Jerzego Niwarda Musolffa w Wągrowcu:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych. W dniu 23 marca 2017 r. złożył wyjaśnienia z których wynika, że popełnił błąd rachunkowy, w rezultacie nie otrzymał punktów;
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w wymiarze co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym. W dniu 23 marca 2017 r. złożył wyjaśnienia z których wynika, że popełnił błąd rachunkowy, w rezultacie nie otrzymał punktów;
- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek. Deklaracja ta została sprostowana przez oferenta, stąd też nie otrzymał za niego punktów;
- nie zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania 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 braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, 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 braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, 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;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował posiadanie co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co otrzymał 2 punkty;
- zadeklarował posiadanie sali dziennego pobytu, za co otrzymał 1 punkt;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowe, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 56,19 zł, za co otrzymał 12,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 56,19 zł.

Oferent Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- nie zadeklarował pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek. W wyniku złożonych wyjaśnień z dnia 16 marca 2017 r. okazało się, że ze względu na błędy rachunkowe oferent nie spełnia wymagań za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania 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 braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, 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 braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, 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;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował posiadania co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował salę dziennego pobytu, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował wszystkich sal chorych 1-3 osobowych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 56,19 zł, za co otrzymał 12,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 56,19 zł.

Odwolujący – ocena przy założeniu, że wszystkie zadeklarowane przez niego warunki byłyby spełnione:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 15 punktów;
- zadeklarował lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w wymiarze co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających

świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, za co otrzymał 5 punktów;

- zadeklarował pracę pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych w wymiarze co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, za co otrzymał 10 punktów;
- zadeklarował pracę specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa w wymiarze co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania 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 braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, 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 braku niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, 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;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za w przypadku spełnienia wskazanego warunku otrzymałby 1 punkt;
- nie zadeklarował posiadania co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował salę dziennego pobytu, za co otrzymał 1 punkt;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowe, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, 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 otrzymał 5 punktów;
- 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 otrzymał punktów;

W zakresie spełniania innych wymogów:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący zaoferował cenę na poziomie 50,56 zł, za co otrzymałby 25 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 56,19 zł.

Mając powyższe na względzie stwierdzić należy, że nieodrzućcenie oferty Odwołującego miałoby istotny wpływ na wynik postępowania konkursowego. Stąd też należało rozpatrzyć, czy Komisja miała prawo działając na podstawie art. 149 Ustawy odrzucić ofertę Odwołującego ze względu na podanie w niej nieprawdziwych informacji.

Na podstawie § 18 ust. 3 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 każdy z oferentów po upływie terminu składania ofert jest swoją ofertą związany. Od tego czasu oferenci zobligowani są do spełniania zadeklarowanych wymagań. Podobnie stwierdził Wojewódzki

Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 13 czerwca 2013 r. (sygn. akt: VI SA/Wa 508/13), który podniósł, że: „*Podkreślić należy za organem, że komisja konkursowa prowadzi postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opierając je na zasadach pewności i gwarancji, nie zaś na zasadzie ryzyka co do ewentualnego spełnienia przez oferenta warunków określonych w przepisach prawa. Skarżąca złożyła konkretną ofertę, która została oceniona przez komisję konkursową na podstawie danych, które zawierała. Zgodnie z § 17 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ nr 46/2011/DSOZ po upływie terminu składania ofert, oferent był związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Oferta złożona w postępowaniu jest wiążąca dla komisji konkursowej i w oparciu o zawarte w niej treści dokonuje się jej sprawdzenia i oceny. Ryzyko prawidłowego sporządzenia oferty spoczywa na oferencie. Ewentualne braki i pomyłki w ofercie obciążają wyłącznie oferenta. Oferent winien przed złożeniem oferty skrupulatnie ją przygotować, by nie zaistniały przesłanki do jej odrzucenia*”.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 5 lutego 2015 r. (sygn. akt: IV SA/Po 1084/14) wyjaśnił, że „*Nie każda nieprawdziwa informacja stanowi podstawę do odrzucenia oferty. Pomimo braku takiego zastrzeżenia w treści przepisu, nieprawdziwość musi dotyczyć okoliczności, które wpływają w jakikolwiek sposób na wynik postępowania. Okolicznościami takimi będą np. nieprawdziwe informacje dotyczące posiadanego potencjału kadrowego czy sprzętowego*”. Zdanie to podziela również Agnieszka Pietraszewska-Macheta w „Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III” (Lex), która dodaje, że obowiązek odrzucenia przez komisje konkursowe ofert może się zaktualizować na każdym etapie postępowania.

Mając powyższe na względzie stwierdzić należy, że nieprawdziwą informacją mającą wpływ na przeprowadzone postępowanie są to takie informacje od których zależy przyznanie punktów.

Stąd też w niniejszym postępowaniu należało rozpatrzyć, czy złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia miało wpływ na punktację, a jeżeli tak, to czy Komisja zasadnie odrzuciła ofertę Odwołującego.

Na formularzu ofertowym z dnia 19 lutego 2017 r. Odwołujący odpowiedział twierdząco na pytanie nr o treści: „*OPHW 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*”.

Załącznik nr 11 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 w tabeli nr 2 cz. 2 pkt 2 stanowi, że za spełnienie dodatkowego warunku w postaci „*prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej*

poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku” przysługuje dodatkowy 1 punkt w zakresie, którego dotyczyło zakończone postępowanie będące przedmiotem odwołania.

W tym stanie rzeczy należy zbadać, czy na podstawie posiadanego materiału dowodowego jak i uzyskanych w toku niniejszego postępowania wyjaśnień zasadne było odrzucenie przez Komisję oferty Odwołującego oraz czy błędem było nie odrzucenie oferty Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii, im. Eugenii i Janusza Zeylandów.

W dniu 3 kwietnia 2017 r. Komisja konkursowa po uprzednim skutecznym zawiadomieniu Odwołującego przeprowadziła weryfikację miejsca udzielania świadczeń. Zawiadomienie Odwołującego na numer posiadanego przez niego faksu było skuteczne, albowiem brak było jakichkolwiek przesłanek wskazujących, że faks na który dotarło zawiadomienie jest nieczynny bądź nieużywany. Niezależnie od tego samo utrzymywanie przez przedsiębiorcę, od którego w świetle prawa należy wymagać profesjonalizmu, włączonego faksu odbierającego wiadomości karze uważać za udowodnione, że zawiadomienie o wizytacji zostało skutecznie doręczone. Dodatkowo w protokole z wizytacji Pan Marcin Nowak reprezentujący Odwołującego nie podniósł nieskutecznego zawiadomienia Odwołującego, stąd też stwierdzić należy, że zarzut o jakoby nieskutecznym powiadomieniu Odwołującego o mającej miejsce wizytacji ma charakter koniunkturalny.

Nie może się również ostać zarzut Odwołującego, że Pan Marcin Nowak był osobą nieprzygotowaną do złożenia wyjaśnień w dniu 3 kwietnia 2017 r. skoro w dniu 16 marca 2017 r. reprezentował on Odwołującego podczas uprzedniej wizytacji. Zaznaczyć należy, że na podstawie § 18 ust. 3 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 każdy z oferentów po upływie terminu składania ofert jest swoją ofertą związany. Stąd też dla pomyślnego odbycia wizytacji zbędne były okoliczności, które miały miejsce pomiędzy ich odbyciem się.

Również bezzasadny jest zarzut dotyczący faktu, że w zawiadomieniu o wizytacji nie podano jej przedmiotu, co uniemożliwiło Odwołującemu przygotować się do kontroli. Przepis §17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania Komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy stanowi, że „komisja konkursowa może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa, a także zażądać przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta”. Cytowany przepis wprost wskazuje, że wizytacji może podlegać wszystko co jest z ofertą związane. Jakakolwiek inna jego wykładnia sprzeciwia się brzmieniu

przepisu i jego celowości. Żaden z oferentów nie może się tłumaczyć ewentualną nieznajomością przepisów prawnych na podstawie których postępowania się toczą, a wizytacje prowadzi, albowiem:

- nikt nie może zasłaniać się nieznajomością ogłoszonego w Dzienniku Ustaw 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;

- w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.021.02/01 podano odpowiednie podstawy prawne.

Stąd też oczywiste jest, że każdy podmiot ubiegający się o umowę z Funduszem ma obowiązek przygotować osobę przez siebie umocowaną do udzielenie odpowiedzi na wszelkie wnikliwe związane z konkursem pytania.

Ponadto nie można również zgodzić się, co do zarzutu jakoby komunikat opublikowany na stronie WOW NFZ z dnia 12 kwietnia 2017 r. dotyczący indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej naruszał art. 134 ust. 2 Ustawy, który obliguje NFZ do udostępniania wszystkim świadczeniodawcą wyjaśnień i informacji na takich samych zasadach. Wynika to m.in. z następujących powodów:

- pozostali oferenci biorący udział w konkursie zapoznać się z komunikatem mogli w takim samym stopniu jak Odwołujący, co oznacza, że nie mogli na jego podstawie skorygować swoich ofert, gdyż termin ich złożenia upłynął w dniu 20 lutego 2017 r.;

- komunikat został opublikowany po przeprowadzonej przez komisję wizytacji u Odwołującego w dniu 3 kwietnia 2017 r., ponadto Wielkopolskie Centrum Pulmunologii i Terakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów, które również zadeklarowało prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej przeszło kontrolę wizytacyjną w dniu 4 kwietnia 2017 r.

Mając powyższe na względzie bezsporne jest, że komunikat został wszystkim biorącym udział w konkursie udostępniony na równych zasadach i nie wpłynął na przebieg postępowania. Ponadto komunikat miał charakter informacyjny i nie można go traktować jako źródła prawa.

Korzystając z okazji podnieść należy, że w przypadku wątpliwości Odwołujący mógł przed złożeniem oferty zwrócić się do WOW NFZ o udzielenie stosownych informacji w sprawie dotyczącej prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej.

Dodać należy, że w konkursie prócz Odwołującego jeszcze jeden podmiot, tj. Wielkopolskie Centrum Pulmunologii i Terakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej. W podmiocie tym również miała miejsce weryfikacja. W jej toku oferent przedstawił Komisji sprzęt jak i zeskanował zdjęcie RTG. Ewentualny więc zarzut jakoby poszukiwano pretekstu do odrzucenia oferty

Odwołującej nie może się ostać, skoro konkurencyjny podmiot został zweryfikowany w tym samym zakresie.

W trakcie wizytacji u Odwołującego, która miała miejsce w dniu 3 kwietnia 2017r. Komisja ustaliła, że Odwołujący:

- posiada dostęp do Internetu bezprzewodowego, program antywirusowy i program zabezpieczający na w routerze, UPS;
- na wyposażeniu znajdują się 2 komputery stacjonarne;
- brak oprogramowania pozwalającego na prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej;
- brak urządzenia pozwalającego na odwzorowanie cyfrowe dokumentacji utworzonej w postaci papierowej;
- instrukcja polityki bezpieczeństwa została przesłana na wezwanie Komisji konkursowej w dniu 31 marca 2017 r.

Powyższe ustalenia WOW NFZ uważa za wiarygodne, albowiem jak już wskazano w postępowaniu weryfikacyjnym w dniu 3 kwietnia 2017 r. Odwołującego reprezentował Pan Marcin Nowak, który przedłożył oryginał upoważnienia z dnia 15 marca 2017 r. do reprezentowania Odwołującego w postępowaniu w zakresie złożenia oferty w postępowaniu nr 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.021.02/01. Oznacza to, że Odwołujący był skutecznie umocowany do brania udziału w postępowaniu weryfikacyjnym. Ponadto akta sprawy wskazują, że Pan Marcin Nowak był osobą kompetentną do wypowiedzania się w przedmiocie posiadanego przez Odwołującego sprzętu komputerowego oraz oprogramowania. Wynika to z faktu, że w dniu 10 lutego 2017 r. jako osoba prowadząca działalność gospodarczą zawarł umowę nr 3/02/2017 o świadczenie usług informatycznych na podstawie której zobowiązał się w okresie od dnia 10 lutego 2017 r. do dnia 10 sierpnia 2022 r. dla Odwołującego świadczyć usługi w zakresie:

- a) konfiguracji i zarządzania oprogramowaniem Kamssoft;
- b) zapewnienia bezpieczeństwa szpitalnej sieci komputerowej i systemów - konfiguracja i zarządzanie systemami wykrywania zagrożeń sieciowych, analiza zagrożeń, okresowa ocena skuteczności;
- c) realizowania polityki bezpieczeństwa;
- d) konfiguracji i zarządzania szpitalną siecią komputerową;
- e) administrowania systemem Windows Server, Linux;
- f) wdrażania i zarządzania systemami informatycznymi;
- g) wsparcia informatycznego dla pracowników w zakresie obsługi sprzętu i oprogramowania;
- h) nadzoru nad sprzętem komputerowym i urządzeniami peryferyjnymi;

- i) przygotowaniem i konserwacją stanowisk komputerowych i oprogramowania;
- j) planowania i opiniowaniem inwestycji informatycznych;
- k) uczestniczenia w nowych projektach informatycznych;
- l) przeprowadzenia analizy zagrożeń związanych z bezpieczeństwem informacji;
- f) opracowania procedur zabezpieczenia dokumentacji.

W zakres świadczonych usług Pan Marcin Nowak miał również prowadzić szkolenia w zakresie obsługi sprzętu komputerowego i oprogramowania oraz wdrożenia zakupionego i otrzymanego bezpłatnie oprogramowania, a także inne usługi związane z bieżącym funkcjonowaniem sieci komputerowej.

Stąd też mając powyższe na względzie nie mogą ostać się wyjaśnienia z których wynika, że Pan Marcin Nowak nie miał wiedzy na temat całego posiadanego przez Odwołującą sprzętu skoro świadczył usługi z wymienionymi rzeczami związane od dnia 10 lutego 2017 r. jako profesjonalny podmiot specjalizujący się w usługach informatycznych. W ocenie WOW NFZ przedsiębiorcy są osobami ostrożnymi oraz rozważnymi i mając na względzie grożącą im odpowiedzialność za wyrządzoną kontrahentowi szkodę nie zawarliby umowy w powyższym kształcie nie wiedząc dokładnie jaki sprzęt i jakie systemy zleceniodawca posiada. Stąd też w ocenie WOW NFZ Pan Marcin Nowak zeznał w dniu 3 kwietnia 2017 r. prawdę zgodną ze stanem faktycznym. Nie ulega wątpliwości, że gdyby Pan Marcin Nowak, będący profesjonalnym informatykiem, miał choćby cień wątpliwości co do posiadanego przez Odwołującego sprzętu tudzież oprogramowania, to skonsultowałby się w tej sprawie ze swoim mocodawcą.

Zauważyć również należy, iż brak jakichkolwiek uwag w treści dokumentacji weryfikacyjnej wskazuje w sposób jednoznaczny na akceptację dokonanych w dniu 3 kwietnia 2017 r. ustaleń. Bez wątpienia bowiem złożony na protokole podpis przez osobę upoważnioną przez Oferenta potwierdza jego obecność i świadome uczestnictwo, a w razie braku towarzyszących podpisowi adnotacji – także akceptację treści umieszczonych w protokole (Wyrok WSA w Gliwicach z dnia 26 października 2007 r., sygn. akt: II SA/GI 359/07).

W świetle przedstawionych faktów, wywodów i twierdzeń nie mogą zyskać akceptacji twierdzenia, jakoby Odwołujący sporny sprzęt i oprogramowanie posiadał, a osoba przez niego umocowana i będąca profesjonalnym informatykiem nic o tym nie wiedziała. Mając powyższe na względzie WOW NFZ odmawia wiarygodności przedłożonym dokumentom księgowym i oświadczeniom, z których wynika, że Odwołujący w dniu złożenia oferty, tj. w okresie związania ofertą przez cały czas posiadał sprzęt do prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej oraz stosowne, wymagane od niego oprogramowanie.

W tym miejscu należy odnieść się do twierdzenia czy Wielkopolskie Centrum Pulmunologii i Terakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów wprowadziło komisję weryfikacyjną w błąd, co do faktu posiadania oprogramowania oraz możliwości odwzorowywania w formie cyfrowej dokumentacji przy pomocy posiadanego sprzętu.

Z uzyskanych w trakcie postępowania wyjaśnień wynika, że Wielkopolskie Centrum Pulmunologii i Terakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów spełniało wymagane od nich warunki. Spełniało ono bowiem warunek, o którym mowa w § 81 ust 1 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), a zgodnie to 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”. Posiadany sprzęt pozwolił bowiem na prezentację możliwości wykonania odwzorowania cyfrowego zdjęcia RTG podczas prowadzonej weryfikacji.

Ustawodawca daje podmiotom prowadzącym dokumentację medyczną swobodę w odwzorowywaniu dokumentacji medycznej, jednakże wymaga ażeby dokumentacja była czytelna, dostępna oraz spójna. Przez czytelność dokumentacji rozumieć należy taki stan rzeczy w którym znajdujące się w systemie odwzorowania mogą stanowić podstawę diagnozowania pacjenta.

Przedstawionej wykładni nie uchybia § 3 ust. 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1015 ze zm.), który stanowi, że obrazy zapisane w postaci elektronicznej, które są częścią dokumentacji medycznej, przekazywane są i archiwizowane w standardzie DICOM, zgodnym z ISO 12052 (z wyłączeniem stomatologicznych badań wewnątrzustnych).

Stąd też rozpatrując protest Odwołującego Komisja błędnie przyjęła, że do spełnienia warunku w postaci prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej potrzebne jest urządzenie, które sprzętowo odwzorowuje obrazy do formatu DICOM.

Co istotne, nawet przyjmując odmienną w tym względzie interpretację, którą prezentuje Odwołujący a z którą nie zgadza się Dyrektor WOW NFZ, to ustalenie takie pozostaje bez wpływu na prawidłowość czynności Komisji polegającej na odrzuceniu oferty złożonej przez Odwołującego.

Nie zasługuje na uwzględnienie również zarzut Odwołującego z którego wynika, że Wielkopolskie Centrum Pulmunologii i Terakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów w trakcie trwania postępowania konkursowego nie posiadało oprogramowania niezbędnego do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Postępowanie wyjaśniające wykazało, że posiadało ono dedykowany działalności leczniczej system HIS w postaci systemu Eskulap, który spełnia wymagania konkursowe.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000134/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w opiece paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym w sposób mający wpływ na rozstrzygnięcie. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
Krzysztof Filipowich

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 9 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. ARS MEDICAL Sp. z o.o., Al. Wojska Polskiego 43, 64-920 Piła,
3. Stowarzyszenie im. ks. Jerzego Niwarda Musolffa W Wągrowcu, Plac Wyszyńskiego 1, 62-100 Wągrowiec,
4. Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów,
5. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica, ul. Rydygiera 1, 64-920 Piła,
6. Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów, ul. Szamarzewskiego 62, 60-569 Poznań,
7. Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Toruńska, ul. Panny Marii 7, 77-400 Złotów,
8. a/a – 2 egz.

