

Poznań, dnia 30 maja 2017 roku

WO-DP.422.25.2017

DECYZJA NR 25/2017/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 odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 4 maja 2017 roku postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 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 programu zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne - program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, wniesionych przez Medica Badania Sp. z o.o. z siedzibą w Brzezinach (95-060) przy ul. Św. Anny 62 oraz przez Geneva Trust Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku (80-172) przy ul. Schuberta 104, postanawiam:

- oddalić odwołanie wniesione przez Medica Badania Sp. z o.o.;

- oddalić odwołanie wniesione przez Geneva Trust Polska Sp. z o.o.

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 marca 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 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 programy zdrowotne – profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie: program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej.

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 2 796 903,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych maksymalnie siedem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 4 maja 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

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

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

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W dniu 12 maja 2017 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Medica Badania Sp. z o.o., zwaną dalej „Odwołującym Medica”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 4 maja 2017 r. postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie: program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, Odwołujący Medica wskazał na naruszenie:

1.Art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 ze zm.) w zw. z załącznikiem nr 13 Tabela nr 2 Programy Zdrowotne w części II Jakość, pkt 4 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 (Dz. U. poz. 463) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i poddanie ofert pod ocenę w odniesieniu do kryterium, które wobec luki prawnej jest obiektywnie niemożliwe do spełnienia;

2.Art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy w zw. z art. 11 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w zw. z załącznikiem nr 13 Tabela nr 2 Programy Zdrowotne w części II Jakość, punkt 4 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 – poprzez ich niewłaściwe zastosowanie w sytuacji, w której nie została spełniona żadna przesłanka przewidziana w art. 149 ust. 1 Ustawy uzasadniająca odrzucenie oferty, bowiem Odwołujący Medica stwierdził, że nie zamieścił w formularzu ofertowym nieprawdziwych informacji dotyczących prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, jako iż:

- warunek ten jest obiektywnie niemożliwy do spełnienia, a zatem żadna odpowiedź ankietowa, zarówno twierdząca jak i przecząca, nie byłaby odpowiedzią możliwą do oceny pod względem jej prawdziwości;
- w oświadczeniu z dnia 19 kwietnia 2017 r. oferent stosownie do ustaleń j. w. zmienił odpowiedź na pytanie ankietowe nr 2.4.3. z twierdzącej na odpowiedź negatywną „NIE”;

3. Paragrafu 2 pkt 12 oraz § 10 ust. 2 Zarządzenia nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ z 2015 r. poz. 12) poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i nieuwzględnienie w treści oferty oświadczenia Odwołującego Medica z dnia 19 kwietnia 2017 r. złożonego w odpowiedzi na wezwanie do usunięcia braków formalnych, w przedmiocie zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.4.3. z twierdzącej na przeczącą;

4. art. 148 Ustawy polegające na zaniechaniu porównania wszystkich spośród ofert złożonych i spełniających wymogi, określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2.

W związku z powyższym Odwołujący Medica wniósł o:

- uwzględnienie odwołania w całości oraz o dokonanie ponownej oceny oferty złożonej przez Odwołującego Medica z uwzględnieniem wszystkich złożonych przez niego oświadczeń, wyjaśnień i dokumentów, a następnie, na podstawie tak ocenionej oferty, dokonanie ponownej klasyfikacji wszystkich ofert w rankingu końcowym i dokonanie ponownego wyboru świadczeniodawców;
- wstrzymanie, na podstawie art. 154 ust. 2 Ustawy, zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu rozpatrzenia odwołania;

A ponadto:

- na podstawie art. 10 § 1 oraz art. 73 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, o udostępnienie pełnych akt postępowania, w tym także ofert pozostałych oferentów oraz
- na podstawie art. 10 § 1 i art. 81 kpa, o wyznaczenie Odwołującemu Medica odpowiedniego terminu do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów.

Ponadto Odwołujący Medica podniósł, że w jego ocenie czynność Komisji konkursowej, polegająca na odrzuceniu oferty i prowadzeniu dalszego postępowania z jej wyłączeniem, dokonana została z naruszeniem przepisów prawa. Odwołujący Medica wskazał, iż badane kryterium oceny ofert, w związku z którym oferta została odrzucona, jest obiektywnie niemożliwe do spełnienia. Zdaniem Odwołującego Medica zapytanie ankietowe wprowadzało oferentów w błąd i jakkolwiek odpowiedź na nie, nie była w ogóle możliwa, jako iż na dzień składania ofert brak było wyczerpującej regulacji prawnej, która pozwalałaby dany warunek spełnić.

Odwołujący Medica podniósł, że zgodnie z kryterium, o którym mowa w załączniku nr 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 w sprawie szczegółowych kryteriów

wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w Tabeli nr 2 Programy Zdrowotne w części II Jakość, punkt 4, oferent otrzyma 5 punktów jeżeli prowadzi dokumentację medyczną (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy. Zgodnie natomiast z art. 11 ust. 1 ustawy elektroniczna dokumentacja medyczna jest prowadzona przez usługodawców w formatach zamieszczonych w portalu edukacyjno-informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ust. 1, oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia. Zdaniem Odwołującego Medica, w świetle tak sformułowanego przepisu, na dzień składania ofert konkursowych nie było zatem technicznych możliwości prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie ze wspomnianym zapisem ustawy, albowiem w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia zostały zamieszczone szablony formatów dokumentów w wersji - 1.1- w statusie „draft”, a więc są one propozycją standardu, a nie samym standardem. Natomiast w instrukcji stosowania implementacji HL7 CDA w 1.1. stwierdzono, że „Wytwarzanie dokumentów medycznych danego rodzaju jest możliwe wyłącznie w celach testowych - vide pkt 4.1.1.1 Status obowiązywania szablonu”

Odwołujący Medica nie zgodził się ponadto ze stwierdzeniem Komisji konkursowej, wyrażonym w powiadomieniu oferenta o rozstrzygnięciu protestu z dnia 27 kwietnia 2017 r., że jakiegokolwiek opóźnienia we wprowadzaniu usług w projekcie PI nie mają wpływu na możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w rozumieniu przepisów ustawy o SIM, gdyż skutkują tylko niemożnością jej udostępniania w centralnym systemie teleinformatycznym. Zdaniem Odwołującego Medica na pojęcie prowadzenia dokumentacji medycznej składa się nie tylko dokonywanie wpisów, ale też wszelkie inne przewidziane prawem operacje na zgromadzonych danych. Skoro zatem z prowadzeniem dokumentacji medycznej wiąże się także obowiązek jej udostępniania, a to w drodze elektronicznej nie jest możliwe z uwagi na brak wytycznych co do wiążących formatów, to tym samym nie można mówić o kompleksowym zapewnieniu prowadzenia i przetwarzania dokumentacji w formie elektronicznej w rozumieniu ustawy o SIM, jako że czynność udostępniania jest immanentnym elementem prowadzenia dokumentacji medycznej, którego nie można utożsamiać wyłącznie z dokonywaniem wpisów, a z pominięciem innych operacji na danych.

Odwołujący Medica za bezpodstawne uważa powoływanie się w uzasadnieniu oddalenia protestu na interpretację Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ wyrażoną w piśmie

z dnia 13 kwietnia 2017 r., a to chociażby z tego względu, że interpretacja taka nie ma charakteru wiążącego, nie stanowi źródła prawa i przede wszystkim - została wydana już po upływie terminu składania ofert i oferenci nie mogli się do niej zastosować wcześniej. Odwołujący Medica zauważył także, że interpretacja została wydana przez organ zobowiązany do wydania odpowiednich przepisów pozwalających na wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o SIM, a którego beczynność była przyczyną stwierdzonych nieprawidłowości w toku postępowania.

W świetle powyższego zdaniem Odwołującego Medica na dzień składania ofert obiektywnie nie było technicznej możliwości spełnienia wymagań zawartych w rozporządzeniu. Pytanie w ankiecie ofertowej odwołuje się do nieprawdziwych informacji (rzekomego zamieszczenia w portalu edukacyjno-informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ust. 1, oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia, wiążących informacji o wymaganych formatach) zatem i odpowiedź na nie z gruntu nie może być oceniana w kategoriach zgodności z prawdą lub nie. Stąd też niewłaściwe jest wyciąganie przez Komisję konkursową wniosków, że Oferent udzielając odpowiedzi na to pytanie ankietowe dopuścił się przedstawienia w ofercie nieprawdziwych informacji.

Odwołujący Medica ponownie zarzucił Komisji konkursowej, iż ta w sposób niewłaściwy oceniła jego ofertę i nie wzięła pod uwagę woli co do zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe. W wyniku wezwań do złożenia wyjaśnień i nawiązanej w związku z tym korespondencji z Komisją konkursową Odwołujący Medica w piśmie z dnia 19 kwietnia 2017 r. dokonał korekty swojej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.4.3. z twierdzącej na przeczącą. A zatem zdaniem Odwołującego Medica doszło do skutecznej korekty odpowiedzi na pytanie ankietowe, jako iż w wyniku uzupełnienia braków oferty Odwołujący Medica oświadczył iż nie prowadzi elektronicznej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o SIM, a zatem złożył oświadczenie zgodne z prawdą. Tym samym bezpodstawny jest zarzut kłamstwa ofertowego i bezprawne jest odrzucenie jego oferty.

Ponadto Odwołujący Medica oświadczył, iż w momencie składania oferty pozostawał w przekonaniu, że warunek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami spełnia. Dopełnił bowiem wszelkich możliwych starań, aby odpowiednie systemy wprowadzić, czego dowodem jest współpraca z firmą IMS Medica Sp. z o.o. świadczącą profesjonalne usługi w zakresie instalacji i obsługi systemów informatycznych w ochronie

zdrowia. O fakcie, iż spełnienie warunku jest niemożliwe z przyczyn obiektywnych Odwołujący Medica powziął wiadomość już po wezwaniu przez organ do złożenia wyjaśnień, w związku z czym niezwłocznie dokonał zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe. Udzielając odpowiedzi na pytanie działał w zaufaniu zarówno do racjonalnego ustawodawcy (który określając kryteria oceny ofert winien zdawać sobie sprawę, że wymaga niemożliwego albowiem sam nie wydał wiążących przepisów, w oparciu o które taka dokumentacja miałaby być tworzona) jak i w zaufaniu do Strony postępowania, która jako autor formularza ofertowego zawarła w nim pytania wprowadzające w błąd.

Odwołujący Medica podkreślił, iż wymóg prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia jest kryterium dodatkowo ocenianym, nie zaś warunkiem koniecznym, w związku z czym jego niespełnienie nie może stanowić podstawy do odrzucenia oferty, a co najwyżej skutkuje nieprzyznaniem dodatkowych punktów. Komisja konkursowa nie miała więc jego zdaniem podstawy do odrzucenia oferty, a co najwyżej do zmiany treści odpowiedzi - co byłoby z resztą zgodne z jego wolą, wyrażoną w piśmie z dnia 19 kwietnia 2017 r. Co więcej, odnosząc się do argumentacji Komisji Konkursowej dotyczącej przerzucenia ryzyka związanego z wypełnianiem oferty na oferentów, Odwołujący Medica zwrócił uwagę na szczególne okoliczności związane z wprowadzającym w błąd zapytaniem ofertowym oraz zastosowaniem do oceny ofert kryterium, którego spełnienie jest obiektywnie niemożliwe. Odwołujący Medica nie miał woli złożenia nieprawdziwego oświadczenia, lecz działając w zaufaniu do organu oraz zgodnie ze stanem swojej wiedzy udzielił odpowiedzi na pytania ofertowe. Dlatego też, w sytuacji gdy stwierdzone okoliczności nie wynikały ani ze złej woli Odwołującego Medica ani z niedołożenia należytej staranności, lecz z przyczyn obiektywnych, w tym leżących po stronie prawodawcy i Funduszu, to negatywne konsekwencje błędnego określenia kryteriów oceny ofert i sformułowania pytań ankietowych, nie mogą jego zdaniem obciążać oferentów. Ponadto sytuacji takich nie można zrównywać w skutkach z sytuacjami, gdy oferenci świadomie i w sposób niekwestionowany składają oświadczenia niezgodne z prawdą.

Bezpośrednią konsekwencją naruszenia powyższych przepisów było podjęcie części niejawnego postępowania z wyłączeniem oferty Odwołującego Medica, co stanowiło jego zdaniem złamanie reguły wynikającej z art. 148 Ustawy w związku z faktem, iż do porównania nie przedstawiono wszystkich złożonych ofert. W sposób uznaniowy z etapu tego wyeliminowano część oferty Odwołującego Medica, który przystąpił do konkursu i spełniał

wymogi określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

Zachowanie takie zdaniem Odwołującego Medica godzi w ideę przeprowadzaniu konkursu ofert, celem którego jest porównanie możliwie największej liczby ofert i wybranie najkorzystniejszej. Samowolne wyłączenie poszczególnych oferentów z tego etapu godzi w interes świadczeniobiorców, rzuca niekorzystne światło na sposób zarządzania środkami publicznymi a przede wszystkim poddaje w wątpliwość bezstronność członków Komisji Konkursowej.

Ponadto zdaniem Odwołującego Medica nieuwzględnienie jego oferty z powodu udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie, które z założenia było źle skonstruowane, a także nie wzięcie pod uwagę pisma wyjaśniającego Odwołującego Medica z dnia 19 kwietnia narusza wobec niego zasady równego traktowania oraz uczciwej konkurencji.

W konsekwencji powyższego, rozstrzygnięcie postępowania w przedmiotowej sprawie nastąpiło zdaniem Odwołującego Medica z naruszeniem przez Komisję również art. 134 Ustawy, zgodnie z którym jest ona zobowiązana do zapewnienia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Odwołujący Geneva w swoim odwołaniu wniósł o jego uwzględnienie, uchylenie rozstrzygnięcia oraz o przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań z Odwołującym Geneva. Ponadto stwierdził, że rozstrzygnięcie postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 obarczone jest błędem, co musi skutkować jego uchyleniem. W pierwszej kolejności Odwołujący Geneva zaznaczył, że zastosowanie art. 149 ust. 2 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje, jest całkowicie bezpodstawne i niesłuszne, Komisja konkursowa w swoim uzasadnieniu bowiem w żadnym punkcie nie wykazała, że podał on informacje niezgodne z prawdą.

Odwołujący Geneva podniósł, że samo wezwanie do wyjaśnień na okoliczność odpowiedzi na zadane w ankiecie pytanie, żądające potwierdzenia uzyskania przez wszystkie osoby personelu realizującego świadczenia medyczne podpisu kwalifikowanego czy e – puap, nie ma żadnego związku z oceną, czy odpowiedź na zadane pytanie była zgodna ze stanem faktycznym czy nie i według niego było naruszeniem procedowania prac Komisji, gdyż nie była ona uprawniona i nie posiadała kompetencji do interpretacji przepisów prawa. Zdaniem Odwołującego Geneva pytania i odpowiedzi w ankiecie muszą być sformułowane w taki

sposób, aby odpowiedź na nie powodowała żadnych niedomówień i dodatkowych pytań oraz potrzeby ich interpretacji na etapie oceny ofert.

Odwołujący Geneva przytoczył treść art. 11 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Odwołujący Geneva stwierdził, że na podstawie przywołanego powyżej przepisu Minister Zdrowia wydał w dniu 9 listopada 2015 r. rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W swojej argumentacji mającej uzasadnić decyzję o odrzuceniu oferty Komisja przywołała § 4 ust. 2 tegoż rozporządzenia, jakby ten przepis miał świadczyć o tym, że wszyscy udzielający świadczeń muszą obowiązkowo posiadać stosowne podpisy certyfikowane lub e-puap. Zdaniem Odwołującego Geneva przywołany przez Komisję Konkursową przepis stanowi tylko, co ma zawierać dokumentacja medyczna: między innymi oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badania diagnostyczne, konsultację lub leczenie. Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń ma wyglądać, szczególnie w przypadku tego samego § 10 ust.2, który stanowi że w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 lit. e, może być złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 80, a którego to treść Odwołujący Geneva przytoczył.

Odwołujący Geneva stwierdził także, że wszystkie kwestie dotyczące funkcjonalności, których wyjaśnienia Komisja konkursowa żądała w piśmie z dnia 4 kwietnia 2017 r., zostały szczegółowo wyjaśnione wraz z przedstawieniem stosowanej dokumentacji z Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji. Zdaniem Odwołującego Geneva w żadnym z przytoczonych wyżej przepisów nie ma mowy o obowiązku posiadania przez wszystkich pracowników certyfikowanych podpisów kwalifikowanych lub e-puap.

Odwołujący Geneva podtrzymał swoje stanowisko, że prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej zgodnie Art. 11 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który stanowi, że usługodawcy prowadzą elektroniczną dokumentację medyczną, o której mowa w art. 2 pkt 6 lit. b.

Artykuł 11 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, stanowi: *Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13, jest prowadzona przez usługodawców w formatach zamieszczonych w portalu edukacyjno-*

informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ust. 1, oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia".

Odwołujący Geneva podniósł, że Minister Zdrowia nie wydał jeszcze rozporządzenia na podstawie art. 13 Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia i nie stworzył portalu edukacyjno-informacyjnego zgodnie z art. 36 tejże Ustawy.

Odwołujący Geneva ponadto stwierdził, że Komisja konkursowa bezrefleksyjnie przytacza w swojej argumentacji wyrwany z kontekstu art. 17 ust. 3 pkt 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który w ocenie Odwołującego Geneva nie ma związku ani z pytaniem ani z udzieloną przez niego odpowiedzią. Przepis ten jego zdaniem dotyczy jedynie działań świadczeniodawców w związku z utworzeniem rejestru - Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych - a nie całości prowadzonej dokumentacji medycznej.

Odwołujący Geneva podniósł ponadto, iż w sytuacji gdyby w przyszłości chciał zarejestrować swoich pracowników w Centralnym Rejestrze Pracowników Medycznych, który nota bene jeszcze nie powstał, to dopiero wtedy będą oni musieli posiadać swój własny certyfikowany podpis kwalifikowany lub e - puap, celem ich identyfikacji oraz w związku z tym będą musieli podpisywać dokumentację medyczną tym podpisem. Zdaniem Odwołującego Geneva art. 17 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia nie może mieć nic wspólnego z oceną, że oferent podał nieprawdziwe informacje, iż prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

W związku z powyższym Odwołujący Geneva podtrzymuje swoje stanowisko, że prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań wniesionych przez Odwołującego Medica i Odwołującego Geneva, pismami z dnia 15 maja 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego Medica i Odwołującego Geneva oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych

żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Z powyższego uprawnienia skorzystali: oferent Largo Sp. z o.o. (w dniu 25 maja 2017 r.) oraz Odwołujący Medica (w dniu 26 maja 2017 r.). Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 30 maja 2017 roku.

Na skutek złożonych przez Odwołującego Medica i Odwołującego Geneva odwołań, dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 4 maja 2017 roku postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 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 programu zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne - program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego Medica i Odwołującego Geneva w odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 prowadzonym 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 programu zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne - program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, oferty złożyli: 1. Odwołujący Medica, 2. Odwołujący Geneva, 3. Mammo – Med Sp. z o.o., 4. Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej Spółka Akcyjna, 5. „Largo” Sp. z o.o., 6. Leszek Szyński i Wojciech Kwiecień działający w formie spółki cywilnej, prowadzący Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Diagnostyk” s.c. L. Szyński, W. Kwiecień, 7. Wiesław Nalewajko działający pod firmą Wirtus Wiesław Nalewajko, 8. Lux Med. Sp. z o.o.

Postępowanie nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programu zdrowotne w zakresie

profilaktyczne programy zdrowotne - program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1743 ze zm.);
2. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.);
3. 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.);
4. zarządzenia Nr 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne;
5. zarządzenia nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu 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 marca 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, odrzuciła w całości dwie oferty Odwołującego Geneva i Odwołującego Medica.

W dniu 20 kwietnia 2017 r. Komisja konkursowa odrzuciła ofertę Odwołującego Medica na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, a więc z uwagi na nieprawdziwe informacje zawarte w ofercie. W dniu 26 kwietnia 2017 r. Odwołujący Medica złożył protest na czynność Komisji konkursowej, polegającą na odrzuceniu w całości jego oferty. W dniu 27 kwietnia 2017 r. wystosowane zostało do Odwołującego Medica powiadomienie o rozstrzygnięciu protestu, zgodnie z treścią którego nie został on uwzględniony.

W dniu 20 kwietnia 2017 r. Komisja konkursowa odrzuciła ofertę Odwołującego Geneva na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, a więc z uwagi na nieprawdziwe informacje zawarte w ofercie. W dniu 21 kwietnia 2017 r. Odwołujący Geneva złożył protest na czynność Komisji konkursowej, polegającą na odrzuceniu w całości jego oferty. W dniu 24 kwietnia

2017 r. wystosowane zostało do Odwołującego Geneva powiadomienie o rozstrzygnięciu protestu, zgodnie z którym nie został on uwzględniony.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne - program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, oferty złożone przez oferentów: 1. Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej Spółka Akcyjna, 2. „Largo” Sp. z o.o., 3. Lux Med. Sp. z o.o., 4. Mammo – Med. Sp. z o.o., 5. Leszek Szyński, Wojciech Kwiecień prowadzący NSZOZ „Diagnostyk” s.c. L. Szyński, W. Kwiecień, 6. Wiesław Nalewajko działający pod firmą Wirtus Wiesław Nalewajko.

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

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

1.1 Kompleksowość

1.1.1 Realizacja etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi.

- tak (12 pkt.)

- nie (0 pkt.).

2. Jakość

2.1 Personel:

2.1.1 Wszyscy lekarze specjaliści w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki.

- tak (25 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.1.2 Dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.

- tak (10 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.1.3 Posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.

- tak (8 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

2.2.1 Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.2 Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.3 Brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.4 Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.

- tak (- 0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.5 Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.6 Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.7 Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.8 Nieuzgodniona z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmiana harmonogramu udzielania świadczeń.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.9 Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.10 Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.

- tak (-1,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.11 Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.12 Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.13 Co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.14 Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

2.3.1 Aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi.

- tak (10 pkt.);

-nie (0 pkt.).

2.4 Jakość - pozostałe warunki

2.4.1 Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.

- tak (2 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.4.2 Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

- tak (2 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.4.3 Forma prowadzenia dokumentacji medycznej.

- Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (3 pkt.);

- Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (5 pkt.);

- Żadne z powyższych (0 pkt.)

3. Dostępność

3.1 Dostępność

3.1.1 Przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych.

- tak (2 pkt.);

- nie (0 pkt.);

- nie dotyczy (0 pkt.).

3.1.2 Na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

- tak (2 pkt.);

- nie (0 pkt.).

3.1.3 Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.

- tak (2 pkt.);

- nie (0 pkt.).

3.1.4 Wyposażenie wszystkich mammobusów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

- tak (2 pkt.);

- nie (0 pkt.).

3.1.5 Wyposażenie wszystkich mammobusów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290).

- tak (2 pkt.);

- nie (0 pkt.).

4. Ciągłość

4.1 Ciągłość

4.1.1 Czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.

- Realizuje (3 pkt.);

- Realizuje nieprzerwanie od 5 lat (5 pkt.);

- Realizuje nieprzerwanie od 10 lat (8 pkt.);

- Żaden z powyższych (0 pkt.).

5. Warunki wymagane.

5.1 Warunki wymagane

5.1.1 W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

- tak (0 pkt.);

- nie (dyskw.).

6. Inne

6.1 Inne

6.1.1 Współpraca z Agencją- realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.

- tak (2 pkt.);

- nie (0 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 10 pkt).

W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} \geq C_{min}$.

Dnia 4 maja 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne - program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, zostanie zawarta z następującymi podmiotami:

- „Largo” Sp. z o.o.;
- Lux Med. Sp. z o.o.;
- Mammo – Med. Sp. z o.o.;
- Leszek Szuiński, Wojciech Kwiecień prowadzący Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Diagnostyk” s.c., L. Szyński, W. Kwiecień;
- Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej Spółka Akcyjna;
- Wiesław Nalewajko działający pod firmą Wirtus Wiesław Nalewajko.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Ocena oferty					
		Punkcja za ofertę cenową	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów				Łączna liczba punktów oceny
			jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	
1	OŚRODEK PROFILAKTYKI I EPIDEMIOLOGII NOWOTWORÓW IM. ALINY PIENKOWSKIEJ SPÓŁKA AKCYJNA	5	54,5	12	0	8	79,5
2	"LARGO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	5	47	12	4	8	76
3	LUX MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	5	48	0	4	8	65
4	MAMMO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	5	45	0	2	5	57
4	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DIAGNOSTYK" S.C. L.SZYŃSKI, W. KWECIEŃ	5	45	0	2	5	57
5	WIRTUS WIESŁAW NALEWAJKO	5	45	0	2	0	52

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne - program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 – Programy zdrowotne część 2 Przedmiot postępowania: Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy oraz Tabeli nr 2 – Programy zdrowotne – część wspólna, zawartych w „Wykazie szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju programy zdrowotne” stanowiącym załącznik nr 13 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z „Wykazem

świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji” stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, a także zgodnie z zarządzeniem Nr 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej i uwzględnieni w rankingu końcowym, a także Odwołujący Geneva i Odwołujący Medica udzielali następujących odpowiedzi:

I. Oferent: Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej Spółka Akcyjna:

1. Kompleksowość

- zadeklarował realizację etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi, za co otrzymał 12 punktów;

2. Jakość

2.1 Personel:

- zadeklarował wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki, co skutkowało przyznaniem 25 punktów;

- zadeklarował dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał 10 punktów;

- zadeklarował posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, za co otrzymał 8 punktów;

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową;
- zadeklarował niezgodność z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmianę harmonogramu udzielania świadczeń, co skutkowało odjęciem 0,5 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;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

- zadeklarował aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi, co skutkowało przyznaniem 10 punktów;

2.4 Jakość - pozostałe warunki

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku; **zważywszy na treść Uchwały Nr 1a /2017 z dnia 13 marca 2017 r., decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na negatywną, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

3. Dostępność

3.1 Dostępność

- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych – ww. oferent udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnych przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammobusów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammobusów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290), za co nie otrzymał punktów;

4. Ciągłość

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje nieprzerwanie od 10 lat na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, co skutkowało przyznaniem 8 punktów;

5. Warunki wymagane

Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. Inne

- nie zadeklarował współpracy z Agencją- realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej Spółka Akcyjna zadeklarował cenę 9,00 za co otrzymał 5 punktów.

II. Oferent: Largo Sp. z o.o.

1. Kompleksowość

- zadeklarował realizację etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi, za co otrzymał 12 punktów;

2. Jakość

2.1 Personel:

- zadeklarował wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki, co skutkowało przyznaniem 25 punktów;

- zadeklarował dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał 10 punktów;

- zadeklarował posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, za co otrzymał 8 punktów;

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową;
- nie zadeklarował niezgodnionej z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmianę harmonogramu udzielania świadczeń;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

- zadeklarował aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;**

2.4 Jakość - pozostałe warunki

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty;
- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

3. Dostępność

3.1 Dostępność

- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych – ww. oferent udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammobusów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował wyposażenie wszystkich mammobusów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290), za co otrzymał 2 punkty;

4. Ciągłość

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje nieprzerwanie od 10 lat na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, co skutkowało przyznaniem 8 punktów;

5. Warunki wymagane

Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. Inne

- nie zadeklarował współpracy z Agencją- realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Largo Sp. z o.o. zadeklarował cenę 9,00 za co otrzymał 5 punktów.

III.Oferent Lux Med. Sp. z o.o.

1.Kompleksowość

- nie zadeklarował realizacji etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi, za co nie otrzymał punktów;

2. Jakość

2.1 Personel:

- zadeklarował wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki, co skutkowało przyznaniem 25 punktów;

- zadeklarował dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał 10 punktów;

- zadeklarował posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, za co otrzymał 8 punktów;

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową;
- nie zadeklarował nieuzgodnionej z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmianę harmonogramu udzielania świadczeń;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

- zadeklarował aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta**

dodatkowych wyjaśnień decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;

2.4 Jakość - pozostałe warunki

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 3 punkty;

3. Dostępność

- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych – ww. oferent udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammbusów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował wyposażenie wszystkich mammbusów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290), za co otrzymał 2 punkty;

4. Ciągłość

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje nieprzerwanie od 10 lat na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, co skutkowało przyznaniem 8 punktów;

5. Warunki wymagane

Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. Inne

- nie zadeklarował współpracy z Agencją- realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Lux Med. Sp. z o.o. zadeklarował cenę 9,00 za co otrzymał 5 punktów.

IV. Oferent Mammo – Med Sp. z o.o.

1. Kompleksowość

- nie zadeklarował realizacji etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi, za co nie otrzymał punktów;

2. Jakość

2.1 Personel:

- zadeklarował wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki, co skutkowało przyznaniem 25 punktów;

- zadeklarował dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał 10 punktów;

- zadeklarował posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, za co otrzymał 8 punktów;

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową;
- nie zadeklarował niezgodnionej z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmianę harmonogramu udzielania świadczeń;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

- zadeklarował aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;**

2.4 Jakość - pozostałe warunki

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

3. Dostępność

- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych – ww. oferent udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammobusów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował wyposażenie wszystkich mammobusów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290), za co otrzymał 2 punkty;

4. Ciągłość

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

5. Warunki wymagane

Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. Inne

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

W zakresie kryterium ceny oferent Mammo – Med Sp. z o.o. zadeklarował cenę 9,00 za co otrzymał 5 punktów.

V. Oferent: Leszek Szyński, Wojciech Kwiecień prowadzący

Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Diagnostyk” s.c. L. Szyński, W. Kwiecień

1. Kompleksowość

- nie zadeklarował realizacji etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi, za co nie otrzymał punktów;

2. Jakość

2.1 Personel:

- zadeklarował wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki, co skutkowało przyznaniem 25 punktów;

- zadeklarował dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał 10 punktów;

- zadeklarował posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, za co otrzymał 8 punktów;

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową;
- nie zadeklarował niezgodnionej z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmianę harmonogramu udzielania świadczeń;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

- nie zadeklarował aparatu mammograficznego cyfrowego o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;

2.4 Jakość - pozostałe warunki

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

3. Dostępność

- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych – ww. oferent udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammobusów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował wyposażenie wszystkich mammobusów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290), za co otrzymał 2 punkty;

4. Ciągłość

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

5. Warunki wymagane

Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. Inne

- nie zadeklarował współpracy z Agencją- realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Leszek Szyński, Wojciech Kwiecień prowadzący Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Diagnostyk” s.c. L. Szyński, W. Kwiecień zadeklarował cenę 9,00 za co otrzymał 5 punktów.

VI. Oferent Wiesław Nalewajko działający pod firmą Wirtus Wiesław Nalewajko

1. Kompleksowość

- zadeklarował realizację etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;**

2. Jakość

2.1 Personel:

- zadeklarował wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki, co skutkowało przyznaniem 25 punktów;

- zadeklarował dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał 10 punktów;

- zadeklarował posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, za co otrzymał 8 punktów;

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową;
- nie zadeklarował niezgodnionej z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmianę harmonogramu udzielania świadczeń;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

- nie zadeklarował aparatu mammograficznego cyfrowego o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;

2.4 Jakość - pozostałe warunki

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

3. Dostępność

- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych – ww. oferent udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammbusów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- zadeklarował wyposażenie wszystkich mammbusów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290), za co otrzymał 2 punkty;

4. Ciągłość

- na pytanie: czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego

dotyczy postępowanie, oferent udzielił odpowiedzi „Żadne z powyższych”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;

5. Warunki wymagane

Oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. Inne

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

W zakresie kryterium ceny oferent Wiesław Nalewajko działający pod firmą Wirtus Wiesław Nalewajko zadeklarował cenę 9,00 za co otrzymał 5 punktów.

VII. Odwołujący Medica udzielił następujących odpowiedzi w części VIII. Ankiety Formularza Ofertowego:

1. Kompleksowość

- nie zadeklarował realizacji etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi;

2. Jakość

2.1 Personel:

- zadeklarował wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki;

- zadeklarował dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty;

- zadeklarował posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne;

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową;
- nie zadeklarował niezgodnionej z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmianę harmonogramu udzielania świadczeń;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

- nie zadeklarował aparatu mammograficznego cyfrowego o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi;

2.4 Jakość - pozostałe warunki

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością;

- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji;
- zadeklarował prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

3. Dostępność

3.1 Dostępność

- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych – Odwołujący Medica udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”;
- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych;
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammobusów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych;
- zadeklarował wyposażenie wszystkich mammobusów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290);

4. Ciągłość

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje nieprzerwanie od 5 lat na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie;

5. Warunki wymagane

Zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz

w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. Inne

- nie zadeklarował współpracy z Agencją- realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący Medica zadeklarował cenę 9,00.

VIII. Odwołujący Geneva udzielił następujących odpowiedzi w części VIII. Ankiety Formularza Ofertowego:

1. Kompleksowość

- nie zadeklarował realizacji etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi;

2. Jakość

2.1 Personel:

- zadeklarował wszystkich lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub radiologii, lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki;

- zadeklarował dokonywanie przez każdego z lekarzy oceny co najmniej 5000 mammografii skryningowych w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty;

- zadeklarował posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości mammografii prowadzonego przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne;

2.2 Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;

- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli.

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nie objętych umową;
- nie zadeklarował niezgodnionej z oddziałem wojewódzkim Funduszu zmianę harmonogramu udzielania świadczeń;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

2.3 Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia

- zadeklarował aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi;

2.4 Jakość - pozostałe warunki

- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością;
- zadeklarował posiadanie Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji;
- zadeklarował prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

3. Dostępność

3.1 Dostępność

- przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych – Odwołujący Geneva udzielił odpowiedzi „Nie dotyczy”;
- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego z pomieszczeń higieniczno – sanitarnych ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych;
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu;
- nie zadeklarował wyposażenia wszystkich mammoбусów w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych;
- zadeklarował wyposażenie wszystkich mammoбусów w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz. 290);

4. Ciągłość

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje nieprzerwanie od 5 lat na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie;

5. Warunki wymagane

Zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. Inne

- nie zadeklarował współpracy z Agencją- realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący Geneva zadeklarował cenę 9,00.

W tym miejscu należy zauważyć, że Komisja konkursowa nr 15-17-000159[5812] prowadząca postępowanie nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w rodzaju

programy zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne - program profilaktyki raka piersi etap podstawowy w pracowni mobilnej w dniu 13 marca 2017 r. podjęła uchwałę Nr 1/2017 w sprawie interpretacji szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju programy zdrowotne tabela nr 2 – programy zdrowotne – część wspólna pkt III Dostępność lp. 2 pytanie w brzmieniu: „przy lokalizacji poradni lub gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji dźwigu umożliwiającego transport chorych na wózkach, w a budynkach do dwóch kondygnacji także innego urządzenia technicznego umożliwiającego wjazd niepełnosprawnych”. Zgodnie z jej brzmieniem świadczeniodawcy zapewniający lokalizację na parterze spełniają dodatkowo premiowany warunek dostępności. W związku z powyższym na jej podstawie zamieszczono na stronie internetowej WOW NFZ komunikat informujący oferentów o przyjętym stanowisku, dającym możliwość udzielania odpowiedzi twierdzącej na ww. pytanie rankingujące w zakresie dostępności.

W dniu 13 marca 2017 r. Komisja konkursowa podjęła Uchwałę nr 1a/2017 w sprawie warunku rankingującego ofertę w tabeli nr 2 PROGRAMY ZDROWOTNE – część wspólna pkt II – pozostałe warunki lp. 3 kryterium dodatkowo oceniane w brzmieniu: „Prowadzenie indywidulanej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku”. Zgodnie z jej treścią powyższy warunek można było uznać za spełniony wyłącznie w przypadku prowadzenia indywidulanej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. W związku z tym na podstawie ww. uchwały Komisja konkursowa, w przypadku jeśli zaznaczono rankingującą odpowiedź twierdzącą, a jednocześnie nie spełniano punktowanego warunku, co wynikało z wyjaśnień bądź oświadczeń oferenta albo z analizy dokumentów, Komisja konkursowa dokonywała korekty w ocenie oferty, polegającej na zmianie odpowiedzi ankietowej na negatywną, a zmiana ta w konsekwencji powodowała obniżenie wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania.

W dniu 30 marca 2017 r. Komisja konkursowa podjęła Uchwałę Nr 2/2017, dotyczącą przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Z 2016 r. poz. 1372 ze zm.) stanowiących warunek rankingujący ofertę w brzmieniu „aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi”. Na jej podstawie warunek dodatkowo oceniany w postaci dysponowania aparatem mammograficznym cyfrowym o

parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi można uznać za spełniony wyłącznie wówczas, gdy oferent dysponuje aparatem mammograficznym „z cyfrowym detektorem obrazu (system cyfrowy DR)”, co wykluczało możliwość przyznania dodatkowych punktów w ocenie oferty, w której oferent zadeklarował realizację świadczeń z udziałem aparatu mammograficznego z systemem cyfrowym CR.

Dnia 11 kwietnia 2017 r. podjęta została Uchwała Nr 3/2017 w sprawie premiowania wskazanych w warunku dodatkowo ocenianym umiejętności w zakresie kontroli jakości nabytych w ramach szkoleń prowadzonych przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący (WOK). Zgodnie z jej treścią, z powołaniem na stanowisko Ministerstwa Zdrowia wyrażone w piśmie z dnia 6 kwietnia 2017 r. w sprawie interpretacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, warunek rankingujący w brzmieniu: „Posiadanie przez każdego z techników elektroradiologii szkolenia w zakresie kontroli jakości w mammografii prowadzone przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez PLTR, lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez PLTR”, należy uznać za spełniony w przypadku nabycia umiejętności w zakresie kontroli jakości w trakcie szkoleń prowadzonych przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący. W przypadku udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.1.3 VIII części Formularza Ofertowego, oferent był wzywany do przedłożenia stosownych dokumentów, w przypadku jeśli nie zostały one dołączone do oferty.

Z kolei w dniu 13 kwietnia 2017 r. została podjęta Uchwała nr 4/2017 w sprawie odpowiedzi twierdzącej na pytanie rankingujące ofertę w brzmieniu: „realizacja etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki raka piersi”, udzielonej przez oferenta Wiesława Nalewajko działającego pod firmą Wirtus Wiesław Nalewajko. Zgodnie z treścią tej uchwały wyżej opisany warunek dodatkowo oceniany można uznać za spełniony jeśli oferent realizuje etap pogłębionej diagnostyki na obszarze zabezpieczenia wynikającym z ogłoszenia o konkursie ofert w ramach przedmiotowego postępowania. W związku z tym, uwzględniając treść złożonych przez ww. oferenta wyjaśnień, Komisja konkursowa dokonała korekty jego oferty, polegającej na odjęciu punktów.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego Medica odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-

000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne – program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, stwierdzić należy, co następuje.

1. Odnosnie zarzutu naruszenia art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w zw. z załącznikiem nr 13 Tabela nr 2 Programy zdrowotne w części II Jakość pkt 4 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, poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i poddanie ofert pod ocenę w odniesieniu do kryterium, które wobec luki prawnej jest obiektywnie niemożliwe do spełnienia, a także naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy w zw. z art. 11 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w zw. z załącznikiem nr 13 tabela 2 Programy Zdrowotne części II Jakość pkt 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – poprzez ich niewłaściwe zastosowanie w sytuacji, w której nie została spełniona żadna przesłanka przewidziana w art. 149 ust. 1 Ustawy uzasadniająca odrzucenie oferty, bowiem Odwołujący Medica nie zamieścił w formularzu ofertowym nieprawdziwych informacji dotyczących prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, jako iż:

- warunek ten jest obiektywnie niemożliwy do spełnienia, a zatem żadna odpowiedź ankietowa, zarówno twierdząca jak i przecząca, nie byłaby odpowiedzią możliwą do oceny pod względem jej prawdziwości;
- w oświadczeniu z dnia 19 kwietnia 2017 r. oferent stosownie do ustaleń j. w. zmienił odpowiedź na pytanie ankietowe nr 2.4.3. z twierdzącej na odpowiedź negatywną „NIE”, należy stwierdzić co następuje.

Na wstępie należy zaznaczyć, że przepisy załącznika nr 13 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej „WYKAZ SZCZEGÓŁOWYCH KRYTERIÓW WYBORU OFERT WRAZ Z WYZNACZAJĄCYMI JE WARUNKAMI ORAZ PRZYPISANĄ IM WARTOŚCIĄW RODZAJU PROGRAMY ZDROWOTNE w Tabeli nr 2 – PROGRAMY ZDROWOTNE –

część wspólna” formułują dwa wymogi wspólne odnoszące się do formy prowadzonej dokumentacji medycznej:

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

Odwołujący Medica składając ofertę w postępowaniu nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 zadeklarował spełnianie warunku związanego z prowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.

Do pierwszego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej zastosowanie znajdują przepisy - wydanego na podstawie delegacji ustawowej z art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.) - rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania. Do drugiego z kolei sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej (EDM) zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t. j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1525 ze zm.) - dalej zwanej „ustawą o sioz”- oraz wydanego na podstawie art. 13 tej ustawy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 463).

Odnosząc się do zarzutu braku obiektywnej możliwości prowadzenia dokumentacji medycznej (EDM) należy zaznaczyć, że oferent, który zadeklarował prowadzenie dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy (z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku) zobowiązany jest do spełnienia wszystkich warunków wynikających z przepisów obowiązującego prawa, nawet jeśli w ocenie oferenta

aktualne otoczenie prawne czy funkcjonalne nie będzie pozwalało na ich praktyczne. Podkreślenia wymaga, że świadczeniodawcy również i obecnie mogą prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, spełniającą wymogi ustawowe (podpis kwalifikowany lub potwierdzony profilem zaufanym ePUAP), natomiast jakiejkolwiek opóźnienia we wprowadzeniu usług w projekcie P1 blokują jedynie możliwość udostępniania dokumentacji medycznej za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej. Powyższe stanowisko zostało potwierdzone przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia w piśmie z dnia 13 kwietnia 2017 r., w którym wskazano również, iż kryteria oceny ofert w postępowaniu odnoszą się do prowadzenia dokumentacji medycznej przez świadczeniodawców, a nie do jej udostępniania w centralnym systemie informatycznym.

Twierdzenie Odwołującego Medica, że w przypadku niespełniania wszystkich wymaganych warunków do prowadzenia dokumentacji medycznej w ww. formie Komisja konkursowa winna jedynie odejmować punkty przewidziane za spełnienie tego kryterium, należy uznać za chybione, jako iż doprowadziłoby to do sytuacji, w której oferenci składając oferty w postępowaniach konkursowych deklarowaliby spełnianie wszystkich warunków dodatkowo ocenianych licząc jednocześnie, iż jedyną ujemną konsekwencją niespełniania poszczególnych warunków byłoby jedynie odjęcie punktów. Podobny pogląd wyrażony został w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 5 lutego 2017 r. (sygn. akt: IV SA/Po 1046/14) zgodnie z którym pogląd w myśl którego oferta zawierająca nieprawdziwą odpowiedź na pytanie o charakterze rankingującym nie powinna zostać odrzucona, a jedyną ujemną konsekwencją dla oferenta powinien być brak dodatkowych punktów, nie znajduje wyraźnego oparcia w przepisach prawa, a pozostaje w jawnej sprzeczności z literalnym brzmieniem art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Zdaniem Sądu należy zwrócić uwagę na aspekt funkcjonalny (w tym aksjologiczny), dodatkowo przemawiający przeciwko przyjęciu takiego poglądu, jako iż jego upowszechnienie się mogłoby stanowić zachętę do podejmowania przez oferentów działań godzących w zasady uczciwej konkurencji – a polegających na celowym składaniu ofert nierzetelnych, z nadzieją na uzyskanie (w istocie: wyłudzenie) dodatkowych punktów na podstawie nieprawdziwych informacji – skoro jedyną sankcją w razie ewentualnego wykrycia takiej nierzetelności byłby brak owych dodatkowych punktów, których oferent i tak by nie uzyskał, gdyby od razu złożył oświadczenie prawdziwe.

Odwołujący Medica stwierdził w swoim odwołaniu, że w świetle brzmienia art. 11 ust. 1 o sioz na dzień składania ofert konkursowych nie ma technicznych możliwości prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie ze wspomnianym przepisem, ponieważ w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia zostały zamieszczone szablony formatów dokumentów w wersji – 1.1 – w statusie „draft”, a więc są one propozycją standardu, a nie samym standardem, natomiast w instrukcji stosowania implementacji HL 7 CDA w 1.1. stwierdzono, że „Wytwarzanie dokumentów medycznych danego rodzaju jest możliwe wyłącznie w celach testowych – vide pkt 4.1.1.1. Status obowiązywania szablonu.

Uwzględniając treść pisma Ministerstwa Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2017 r. (znak: UZ-ZR.7101.116.2017) należy stwierdzić, że Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) – jednostka właściwa w zakresie implementacji ww. przepisów, nie stwierdza braku „możliwości technicznej” prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) przez usługodawców. CSIOZ wskazał, że przepisy wydane na podstawie art. 13 ustawy o sioz określają zakres EDM, jaka powinna być prowadzona przez usługodawców w formatach zamieszczonych w portalu edukacyjno – informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ust. 1 ustawy o sioz oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia. Ponadto zdaniem CSIOZ szablony dokumentacji opublikowane na portalu edukacyjno – informacyjnym, o których mowa w art. 36 ust. 1 oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia, pomimo statusu „draft”, są aktualną, możliwą technicznie do zastosowania w systemach informatycznych wersją szablonów. Jednocześnie CSIOZ zarekomendował - mając na względzie tworzenie podstaw do bezpiecznej wymiany EDM w przyszłości, a także niezależnie od faktu wymagania prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej dopiero w przyszłości - użycie w systemach informatycznych świadczeniodawców formatów zgodnych z szablonami dokumentów opublikowanych w PIK. CSIOZ zaznaczył, że prowadzenie elektronicznie indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z udostępnionymi formatami może stanowić wypełnienie przez usługodawców obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej o której mowa w art. 2 pkt 6 lit. b ustawy o sioz.

Odnośnie zarzutu naruszenia art. 148 Ustawy polegającego na zaniechaniu porównania wszystkich spośród ofert złożonych i spełniających wymogi określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, należy stwierdzić, co następuje.

Po pierwsze należy podkreślić, że przyczyną odrzucenia oferty było podanie przez Odwołującego Medica nieprawdziwych informacji w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku. Niespełnienie ww. warunku polegało na braku dysponowania przez każdą z osób udzielających świadczeń zdrowotnych kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP koniecznym do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej. Należy zaznaczyć, że sposób podpisywania indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta stanowi największą różnicę w stosunku do sposobu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz. Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej nie wymaga opatrzenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, natomiast prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy wymaga podpisania jej przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem ePUAP. W myśl art. 17 ust. 3 pkt 1 ustawy o sioz pracownik medyczny używa kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej, co oznacza, że każdy pracownik podpisujący dokumentację medyczną zobowiązany jest do korzystania wyłącznie z kwalifikowanych podpisów elektronicznych lub też podpisów potwierdzonych profilem zaufanym ePUAP. Należy także przytoczyć treść § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w myśl którego każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, przy czym ten ostatni przepis wskazuje na osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz osobę kierującą na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, co oznacza, że każda osoba udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej u oferenta, który zadeklarował spełnianie warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy (z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku) winna mieć możliwość podpisywania dokumentacji medycznej bądź przy wykorzystaniu kwalifikowanego podpisu elektronicznego, bądź podpisu potwierdzonego

profilem zaufanym ePUAP. Stanowisko to zostało również wyrażone w piśmie Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2017 r. (znak: UZ-ZR.7101.76.2017.SK.).

Reasumując należy zatem stwierdzić, że Odwołujący Medica deklarując spełnianie warunku podlegającego ocenie, zwłaszcza gdy jest to kryterium rankingujące, jest zobowiązany go spełnić w okresie związania ofertą oraz umową z NFZ. Skoro zatem Odwołujący Medica zadeklarował prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy zobligowany jest spełniać wszystkie wymagania przewidziane prawem do prowadzenia dokumentacji w tej formie, w tym każda z osób udzielająca świadczeń zdrowotnych winna dysponować kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub też podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej. Zawarcie zatem przez Odwołującego Medica informacji o prowadzeniu przez niego elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy (z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku) stanowiło nieprawdziwą informację, a zgodnie z literalnym brzmieniem art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy **odrzuca się** ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. W związku z powyższym wobec spełnienia przesłanki z tego przepisu należało wypełnić dyspozycję art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy i ofertę odrzucić. Wobec odrzucenia oferty Odwołującego Medica i nieuwzględnienia jego protestu na tę czynność, oferta Odwołującego Medica nie mogła być przedmiotem dalszego procedowania, wobec czego nie mogła ona zostać porównana z innymi ofertami złożonymi w niniejszym postępowaniu, podlegającymi dalszej ocenie i klasyfikacji rankingowej. Z tego też względu zarzut naruszenia przez Komisję konkursową art. 148 Ustawy jest bezzasadny. Na marginesie tylko zauważyć należy, że argumentacja podnoszona przez Odwołującego Medica, w przedmiocie niemożności spełnienia warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, nie znajduje uzasadnienia w treści jego oferty i budzi dodatkowe zdziwienie w kontekście zadeklarowania przez Odwołującego Medica spełnienia tego warunku.

Oдноśnie zarzutu naruszenia § 2 pkt 12 oraz § 10 ust. 2 zarządzenia nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i nieuwzględnienie w treści oferty oświadczenia

Odwołującego Medica z dnia 19 kwietnia 2017 r. złożonego w odpowiedzi na wezwanie do usunięcia braków formalnych, w przedmiocie zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.4.3 z twierdzącej na przeczącą, należy zauważyć, że zgodnie § 18 ust. 4 ww. zarządzenia po upływie terminu składania ofert oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Oznacza to, że dokonywanie jakichkolwiek zmian w formularzach ofertowych oferentów biorących udział w postępowaniu ma charakter wyjątkowy, musi znajdować ono uzasadnienie w budzącym wątpliwości interpretacyjne i w związku z tym wymagającym doprecyzowania stanie prawnym, bądź musi to wynikać z jakichś innych szczególnych okoliczności (rozbieżne informacje i stanowiska składane przez oferenta w pierwotnej treści oferty). Ponadto jeżeli zachodzi taka konieczność Komisja konkursowa opisuje charakter ewentualnych zmian i sposób procedowania w ściśle określonych przypadkach, podejmując stosowną uchwałę w tym zakresie. W niniejszym przypadku stan prawny dotyczący elektronicznej dokumentacji (EDM) wynikał z wyżej opisanych, konkretnych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, nie powinien on zatem budzić wątpliwości. Wymogi stawiane usługodawcom odnoszące się do kwestii prowadzenia dokumentacji medycznej (EDM) zostały na tyle jasno sprecyzowane, że Komisja konkursowa nie podjęła także żadnej uchwały, której przedmiotem byłoby wyjaśnienie ewentualnych wątpliwości związanych z elektroniczną dokumentacją (EDM), na podstawie której zostałyby przyjęty jakichś szczególny, jednolity sposób procedowania. Podkreślenia wymaga także, że Odwołujący Medica jako profesjonalny uczestnik obrotu gospodarczego, w tym w szczególności jako strona umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia, winien dochować szczególnej staranności przy czynnościach związanych ze złożeniem oferty (tym bardziej, że nie czyni tego po raz pierwszy) i odpowiada w tym zakresie również za błędy będące wynikiem jego niestaranności, nie zaś wyłącznie za błędy będące wynikiem zamierzonego działania. Oferent – przedsiębiorca deklarując spełnienie określonych warunków dodatkowo ocenianych winien przede wszystkim zapoznać się z treścią odpowiednich regulacji prawnych w celu sprawdzenia, czy rzeczywiście dane warunki spełnia.

Odwołujący Medica stwierdził, że bezpodstawne jest powoływanie się w uzasadnieniu oddalenia protestu na interpretację Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ wyrażoną w piśmie z dnia 13 kwietnia 2017 r. z tego względu, że interpretacja taka nie ma charakteru wiążącego, nie stanowi źródła prawa i została wydana już po terminie składania ofert i oferenci nie mogli się do niej zastosować wcześniej. Przede wszystkim należy zauważyć, że

autorami pism, których treść została przytoczona zarówno w uzasadnieniu nieuwzględnienia protestu jak i w niniejszej decyzji pozostaje Ministerstwo Zdrowia, będące także twórcą 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, na podstawie którego sporządzona została część VIII. Ankiety Formularza Ofertowego, znajdujące zastosowanie w postępowaniu konkursowym nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01. Z tego też względu, chociaż interpretacji w istocie nie można zaliczyć do źródeł prawa, to jednak w niniejszym przypadku pochodzą one od jednostki będącej jednocześnie twórcą aktu prawnego, którego dotyczą, zatem powoływanie się na nie jest pozbawione podstaw. Interpretacje nie kreują nowych obowiązków, bo czynić tego nie mogą, a jedynie wskazują na sposób ich rozumienia. Należy także zaznaczyć, że okoliczność, że pismo z dnia 13 kwietnia 2017 r. zostało wydane po terminie składania ofert jest bez znaczenia, jako iż treść tego pisma ściśle związana jest z brzmieniem przepisów prawnych, do których treści dostęp posiadał każdy z oferentów biorących udział w postępowaniu, a co za tym idzie – w odniesieniu do sytuacji Odwołującego Medica - pismo to nie zawierało informacji, których nie dałoby się wyinterpretować z obowiązującego na dzień składania ofert stanu prawnego. Raz jeszcze należy podkreślić, że powodem odrzucenia oferty Odwołującego Medica był brak dokumentów potwierdzających uzyskanie przez wszystkie osoby personelu realizującego świadczenia zdrowotne kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP.

W odpowiedzi na wysłane przez Komisję konkursową wezwanie Odwołujący Medica w piśmie z dnia 19 kwietnia 2017 r. wskazał, że nie posiada dokumentów potwierdzających uzyskanie przez wszystkie osoby personelu realizującego świadczenia zdrowotne kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP. Należy zaznaczyć, że powyższy wymóg określony był w wyżej powołanych przepisach prawnych, do których Odwołujący Medica miał swobodny dostęp. Zapoznanie się zatem z treścią pism Ministerstwa Zdrowia przed terminem składania ofert nie miałyby decydującego znaczenia na treść złożonej przez niego oferty, jako iż spełnienie wymagania związanego z kwalifikowanym podpisem elektronicznym bądź podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP zostało jasno określone w aktach prawa powszechnie obowiązującego. Z powyższych względów wyżej opisany zarzut Odwołującego Medica należało uznać za bezpodstawny.

Odnosnie stwierdzenia Odwołującego Medica, że złożył pierwotnie oświadczenie przeciwne, ponieważ w momencie składania oferty pozostawał w przekonaniu, że warunek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami spełnia, dopełnił bowiem wszelkich starań, aby odpowiednie systemy wprowadzić (czego dowodem miała być współpraca z firmą IMS Medica Sp. z o.o. świadcząca profesjonalne usługi w zakresie instalacji i obsługi systemów informatycznych w ochronie zdrowia) należy stwierdzić, że bez znaczenia pozostaje, jako niedający się ustalić w sposób obiektywny, powód udzielenia przez Odwołującego Medica takiej, a nie innej odpowiedzi na pytania ankietowe. Należy także podkreślić, że to nie Komisja konkursowa określa warunki związane z dokonywaną oceną ofert, jako iż wynikają one wprost z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, zatem adresatem zarzutów dotyczących wymagań niemożliwych obiektywnie do spełnienia nie powinna być komisja konkursowa przeprowadzająca dane postępowanie. Zgodnie z art. 148 ust. 3 Ustawy minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniodawców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Treść formularza ofertowego w części VIII. stanowiącej ankiety jest jedynie odwzorowaniem tego, co wcześniej zostało określone w ww. rozporządzeniu.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia przez Komisję konkursową art. 134 Ustawy, który zobowiązuje do zapewnienia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, należy stwierdzić, że jest to zarzut bezpodstawny. Komisja konkursowa analogicznie postąpiła w przypadku Odwołującego Geneva, a więc wobec stwierdzenia, że jego oferta zawierała także nieprawdziwe informacje dotyczące prowadzenia elektronicznej dokumentacji (EDM) w rozumieniu ustawy o sioz także podjęła decyzję o odrzuceniu jego oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Należy przy tym zauważyć, że gdyby opisane powyżej okoliczności dotyczyły także innych oferentów, postępowanie Komisji konkursowej pozostawałoby takie samo w stosunku do każdego z nich, trudno zatem dopatrzyć się w działaniu Komisji konkursowej nieposzanowania zasady równego traktowania świadczeniodawców bądź zasad uczciwej konkurencji. Raz jeszcze należy podkreślić, że zgodnie z literalnym brzmieniem art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy **odrzuca się**

ofercie zawierającą nieprawdziwe informacje. W związku z powyższym wobec spełnienia przesłanki z tego przepisu należało wypełnić dyspozycję art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy i ofertę odrzucić.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne – program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, a zatem nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego Medica i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego Geneva odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne – program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, należy stwierdzić, co następuje.

Odwołujący Geneva zadeklarował w złożonej przez siebie ofercie spełnienie warunku dodatkowo ocenianego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej związanego z prowadzeniem dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, zgodnie z jej art. 11 ust. 1 (z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku). Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne – program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, wezwała Odwołującego Geneva do przedłożenia dokumentów potwierdzających uzyskanie przez wszystkie osoby personelu realizującego świadczenia zdrowotne kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP. W odpowiedzi na to wezwanie pismem z dnia 19 kwietnia 2017 r. Odwołujący Geneva wskazał, że posiada podpis kwalifikowany oraz profil zaufany ePUAP tylko dla osoby reprezentującej firmę zgodnie z KRS. Uwzględniając powyższe, po dokonanej przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 analizie oferty

złożonej przez Odwołującego Geneva oraz uwzględniając jego wyjaśnienia z dnia 19 kwietnia 2017 r. ustalono, że Odwołujący Geneva nie spełnia kryterium w części numer 2.4.3 PRO_W *Forma prowadzenia dokumentacji medycznej*, z rozdziału POZOSTAŁE WARUNKI, części VIII Ankiety Formularza ofertowego, w którym to Odwołujący Geneva zadeklarował spełnienie warunku dodatkowo ocenianego w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej związanego z prowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, zgodnie z jej art. 11 ust. 1 (z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej nanoszenie danych za pomocą wydruku) W związku z powyższym oferta Odwołującego Geneva , na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy została odrzucona w dniu 20 kwietnia 2017 r.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego Geneva, jakoby § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, stanowił tylko o tym co ma zawierać dokumentacja medyczna (m. in. oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badania diagnostyczne lub leczenie), a następnie stwierdzenia, że oznaczenie osoby udzielającej świadczeń ma wyglądać szczególnie w przypadku § 10 ust. 2, który odsyła do zacytowanego przez Odwołującego Geneva § 80 tego rozporządzenia, należy stwierdzić, co następuje.

W myśl art. 17 ust. 3 pkt 1 ustawy o sioz pracownik medyczny używa kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej, co oznacza, że każdy pracownik podpisujący dokumentację medyczną zobowiązany jest do korzystania wyłącznie z kwalifikowanych podpisów elektronicznych lub też podpisów potwierdzonych profilem zaufanym ePUAP. Należy także przywołać § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zgodnie z którym każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, przy czym ten ostatni przepis wskazuje na osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz osobę kierującą na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, co oznacza, że każda osoba udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej u oferenta, który zadeklarował spełnianie warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy (z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku) winna mieć możliwość podpisywania

dokumentacji medycznej bądź przy wykorzystaniu kwalifikowanego podpisu elektronicznego, bądź podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP. Stanowisko to zostało również wyrażone w piśmie Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2017 r. (znak: UZ-ZR.7101.76.2017.SK.), w którym to wyrażnie zaakcentowano, że sposób podpisywania indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta stanowi największą różnicę w stosunku do sposobu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy. Prowadzenie bowiem indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej nie wymaga opatrzenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, natomiast prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia już tego wymaga, co potwierdza przedstawiony powyżej stan prawny.

Reasumując należy zatem stwierdzić, że Odwołujący Geneva deklarując spełnianie warunku podlegającego ocenie, zwłaszcza gdy jest to kryterium rankingujące, jest zobowiązany go spełnić w okresie związania ofertą oraz umową z NFZ. Skoro zatem Odwołujący Geneva zadeklarował prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy jest zobowiązany spełniać wszystkie wymagania przewidziane prawem do prowadzenia dokumentacji w tej formie, w tym każda z osób udzielająca świadczeń zdrowotnych winna dysponować kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub też podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej. Zawarcie zatem przez Odwołującego Geneva informacji o prowadzeniu przez niego elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy (z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku) stanowiło nieprawdziwą informację, a zgodnie z literalnym brzmieniem art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy **odrzuca się** ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. W związku z powyższym wobec spełnienia przesłanki z tego przepisu należało wypełnić dyspozycję art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy i ofertę odrzucić.

Nie można zgodzić się z twierdzeniem Odwołującego Geneva, iż jeśli w przyszłości będzie chciał zarejestrować swoich pracowników w centralnym Rejestrze Pracowników Medycznych, który jeszcze nie powstał, to dopiero wtedy pracownicy ci będą musieli posiadać swój własny certyfikowany podpis lub ePUAP. Należy jednoznacznie wskazać, że

oferent, który chce otrzymać punkty za deklarowanie spełniania określonych kryteriów wyboru ofert zobowiązany jest do spełniania wszystkich warunków wynikających z przepisów obowiązującego prawa, nawet jeśli w ocenie oferenta (tylko oferenta) aktualne otoczenie prawne czy funkcjonalne nie będzie pozwalało na ich praktyczne wykorzystanie. Podkreślenia wymaga, że świadczeniodawcy również i obecnie mogą prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, spełniającą wymogi ustawowe (podpis kwalifikowany lub potwierdzony profilem zaufanym ePUAP), natomiast jakiegokolwiek opóźnienia we wprowadzaniu usług w projekcie P1 blokują jedynie możliwość udostępniania dokumentacji medycznej za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej. Powyższe stanowisko potwierdzone zostało także przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia w piśmie z dnia 13 kwietnia 2017 r., w którym dodatkowo wskazano, że kryteria oceny ofert w postępowaniu odnoszą się do prowadzenia dokumentacji medycznej przez świadczeniodawców, a nie do jej udostępniania w centralnym systemie teleinformatycznym.

Odnosnie twierdzenia Odwołującego Geneva, że Komisja konkursowa powinna zgodnie z art. 149 ust. 2 Ustawy odjąć punkty, a nie odrzucać ofertę w całości z powodu podania w ofercie informacji nieprawdziwych wskazać należy, że art. 149 ust. 2 Ustawy, w myśl którego w przypadku braków, o których mowa w ust. 1 tego przepisu, dotyczących jedynie części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem, należy stwierdzić, że na podstawie tego przepisu nie jest możliwe dokonanie korekty ankiety polegającej na odjęciu punktów. Przewidziana w art. 149 ust. 2 Ustawy możliwość odrzucenia oferty w części dotyczy przypadku, gdy w danym postępowaniu złożona została jedna oferta obejmująca kilka miejsc udzielania świadczeń lub odrębnych ofert na każde z odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń. W niniejszym przypadku oferta Odwołującego Geneva obejmowała jedno miejsce udzielania świadczeń, w związku z czym przepis ten nie znajdował zastosowania i nie można było na jego podstawie odjąć punkty za to pytanie. W związku z tym zarzut Odwołującego Geneva w powyżej opisanym zakresie uznać należy za bezzasadny. Niezgodne z prawdą jest także stwierdzenie Odwołującego Geneva, że Komisja konkursowa w uzasadnieniu odrzucenia oferty w żadnym punkcie nie wykazała, że podał on informację niezgodną z prawdą, wyraźnie bowiem wskazano przepisy prawa znajdujące zastosowanie, a także opisano stan faktyczny, z którego bezspornie wynikało, że wbrew zadeklarowaniu spełniania warunku prowadzenia dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o

sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, Odwołujący Geneva nie spełniał tego warunku. Sprawdzenie natomiast, czy Odwołujący Geneva spełniał zadeklarowany przez siebie warunek nastąpiło w drodze dodatkowej weryfikacji, w związku z czym stanowisko Odwołującego Geneva, jakoby samo wezwanie do wyjaśnienia, czy wszystkie osoby personelu realizującego świadczenia medyczne dysponują podpisem kwalifikowanym lub potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, nie miało żadnego związku z oceną prawdziwości bądź nieprawdziwości zawartej w jego ofercie informacji jest bezpodstawne. Należy podkreślić, że sposób podpisywania indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta stanowi największą różnicę w stosunku do sposobu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o sioz. Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej nie wymaga opatrzenia kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP, natomiast prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy wymaga podpisania jej przy użyciu kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu potwierdzonego profilem ePUAP. Konkludując zauważyć należy, iż to Odwołujący Geneva zadeklarował spełnienie warunku podlegającego ocenie, stanowiące kryterium rankingujące i był zatem zobowiązany je spełnić w okresie związania ofertą oraz umową z NFZ. Skoro zatem Odwołujący Geneva zadeklarował prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów o sioz, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, bezspornym jest, iż winien on spełniać wszystkie wymagania przewidziane prawem do prowadzenia dokumentacji w tej formie, w tym dysponowanie przez każdą z osób udzielających świadczeń zdrowotnych kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub też podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej.

Wobec stwierdzenia Odwołującego Geneva, że podtrzymuje on swoje stanowisko, że prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o sioz, należy stwierdzić, że dokonana analiza prawna i analiza stanu faktycznego wiedzie do wniosku, że Odwołujący Geneva na dzień składania ofert nie spełnił zadeklarowanego przez siebie warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu ustawy o sioz. Wbrew twierdzeniom Odwołującego Geneva Komisja konkursowa

prowadząca postępowanie nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 była uprawniona, a wręcz zobowiązana do dokonania prawidłowej interpretacji przepisów prawa, jako iż zgodnie z nim musiało zostać przeprowadzone niniejsze postępowanie konkursowe. Wobec wypełnienia przesłanki z art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, a więc wobec zawarcia w ofercie Odwołującego Geneva informacji nieprawdziwej, Komisja konkursowa była także zobligowana odrzucić ofertę Odwołującego Geneva.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniu Odwołujący Medica oraz Odwołujący Geneva nie wykazali, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000159/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programu zdrowotne w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne – program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, a zatem nie doszło do naruszenia ich interesu prawnego i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionych odwołań. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ


p.o. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips

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 10 egzemplarzach:

1. Odwołujący Medica – 1 egz.
2. Odwołujący Geneva – 1 egz.
3. Largo Sp. z o.o. – 1 egz.
4. Lux Med. Sp. z o.o. – 1 egz.
5. Mammo – Med. Sp z o.o. – 1 egz.
6. Pan Leszek Szyński, Pan Wojciech Kwiecień NSZOZ Diagnostyk s.c. – 1 egz.;
7. Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A. – 1 egz.;
8. Pan Wiesław Nalewajko Wirtus Wiesław Nalewajko – 1 egz.;
9. 2 egz. – a/a.

Opracowała: Anna Korbas – Zespół Radców Prawnych.