

WO.422.95/2017

Poznań, dnia **29. 12. 2017**

DECYZJA NR 83/2017/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 2017 r. poz. 1938 ze zm., zwana dalej Ustawą) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1257), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 grudnia 2017 roku postępowania nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych na obszarze powiatów: 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński, wniesionego przez Go – Max Group Sp z o.o. siedzibą w (62-800) Kaliszu przy ul. Kościuszki 19/7, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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 2 listopada 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych na obszarze powiatów: 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński.

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 52 338,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 3 (słownie: trzy).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 14 grudnia 2017 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Na marginesie dodać należy, iż pierwotnie określony w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 termin rozstrzygnięcia został decyzją Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniony

na dzień 14 grudnia 2017 r. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy.

Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

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

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

Dnia 22 grudnia 2017 roku (nadane w polskiej placówce pocztowej w dniu 21 grudnia 2017 roku) do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Go – Max Group Sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800) przy ul. Kościuszki 19/7 (zwanej dalej: „Odwołującą”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 14 grudnia 2017 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych, Odwołująca zarzuciła komisji konkursowej naruszenie:

- art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz pominięcie zasad uczciwej konkurencji,
- art. 140 ust. 1 Ustawy poprzez nieprawidłowe określenie przedmiotu zamówienia z uwagi na wykluczenie z postępowania konkursowego świadczeniodawców posiadających siedzibę poza zasięgiem subregionu, którego dotyczyło postępowanie, wskazując jednocześnie, iż NFZ zobowiązany był przewidzieć sytuację, w której do konkursu ofert staną również tego rodzaju świadczeniodawcy.

W konsekwencji podniesionych zarzutów Odwołująca wniosła o uwzględnienie odwołania poprzez przywrócenie do ponownej oceny oferty złożonej w postępowaniu oznaczonym kodem 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 i umożliwienie zawarcia umowy z zakresu tlenoterapii domowej w warunkach ambulatoryjnych.

Odwołująca wniosła również o dołączenie do wniesionego odwołania akt postępowania podmiotów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu.

W uzasadnieniu odwołania Odwołująca wskazała, iż komisja konkursowa wezwała Odwołującą do złożenia wyjaśnień wobec powziętych wątpliwości co do zapewnienia przez Odwołującą realizacji badań zgodnie z załącznikiem nr 5 świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji, lp. 3 – tlenoterapia w warunkach domowych, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (D. U. 2016 poz. 357 ze zm.).

Odwołująca przywołała wskazane w pisemnych wyjaśnieniach z dnia 1 grudnia 2017 r. zapewnienie o dochowaniu należytej staranności w przygotowaniu oferty w tym zakresie, udowadniając, iż jest w stanie zapewnić prawidłowe zabezpieczenie dostępu do przedmiotowych badań, poprzez dołączenie do złożonej oferty umowy numer U 10/2017 z dnia 20 października 2017 r. wraz z aneksem z dnia 13 listopada 2017 r. oraz umowy z dnia 18 kwietnia 2017 r. numer 12616/6182088221/RDS wraz z aneksem z dnia 01 listopada 2017 r. Odwołująca wskazała na zawarcie powyższych umów z podmiotami świadczącymi zakres badań wymaganych przepisami wyżej cytowanego załącznika do rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 r. Ponadto wskazała na dołączenie do oferty umowy z dnia 15 lutego 2017 r. dotyczącej transportu osób obejmowanych przez Odwołującą opieką, co umożliwia w ocenie Odwołującej prawidłową realizację przyjętych na siebie zobowiązań.

Odwołująca wskazała na konsekwencję nieprzyjętych przez komisję konkursową wyjaśnień poprzez odrzucenie oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, jak również na złożenie przez Odwołującą protestu w odpowiedzi na powyższe działanie komisji konkursowej oraz na nieuwzględnienie przez komisję konkursową złożonego w toku postępowania środka odwoławczego.

W swoim odwołaniu Odwołująca podkreśliła, iż kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania (art. 147 Ustawy). Na podstawie delegacji ustawowej z art. 146 ust 1 Ustawy Prezes Funduszu określa:

- przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- kryteria oceny ofert,
- warunki wymagane od świadczeniodawców.

Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Niedopuszczalne jest stosowanie do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców.

Kluczowym w ocenie Odwołującej jest, iż komisja konkursowa w uzasadnieniu swojej decyzji powołuje się na zapis art. 139 ust. 3 pkt 5 ustawy wskazując, iż:

3. Ogłoszenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności: 5) określenie obszaru terytorialnego dla którego prowadzone jest postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

A z samej istoty ogłoszenia wynika, że obejmuje ono konkretny obszar, a co ważniejsze – świadczeniobiorców korzystających z usług na tym obszarze.

W uzasadnieniu odwołania Odwołująca wskazuje, iż zgadza się z powyższą argumentacją komisji konkursowej, jednakże nie zgadza się, iż z brzmienia tego wynika w jakikolwiek pośredni lub bezpośredni sposób, że oferent spoza wskazanego w ofercie obszaru zostanie wyeliminowany z postępowania.

W ocenie Odwołującej art. 146 Ustawy daje Prezesowi NFZ ustawowe upoważnienie do określenia m. in. warunków wymaganych od świadczeniodawców przystępujących do konkursu poprzedzającego zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie Odwołującej przepis ten nakłada na Prezesa NFZ obowiązek podjęcia inicjatywy w zakresie przygotowania projektu ogólnych warunków jakim muszą odpowiadać oferty i świadczeniodawcy. Są to wymogi stawiane świadczeniodawcom przystępującym do postępowania zarówno w znaczeniu wymogów technicznych, jak i proceduralnych.

Ponadto Odwołująca wskazuje, iż Prezes NFZ przed określeniem przedmiotu postępowania, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych. Konsultant wydający opinię w ramach konkretnego postępowania, jest osobą posiadającą wiedzę z danej dziedziny. W związku z tym jest również właściwy, żeby wypowiedzieć się odnośnie warunków wymaganych od świadczeniodawców. W ocenie Odwołującej uznać należy, że ustalając określone wymogi Prezes NFZ precyzuje je w taki sposób, żeby zgodnie z prawem został wybrany świadczeniodawca dający najlepsze gwarancje wykonywania zawartej umowy. Zatem Prezes NFZ dążąc do zapewnienia najlepszej jakości usług dla pacjentów, niewątpliwie ma uprawnienia aby postawić jednostkom spoza regionu, w którym mają być realizowane świadczenia dodatkowe wymagania i w sposób szczegółowy określić jakie podmioty będą spełniać oczekiwania. W ocenie Odwołującej nie było żadnych przeszkód aby wskazać, iż w niniejszym postępowaniu brane będą pod uwagę tylko oferty świadczeniodawców, którzy realizują wszelkie usługi (łącznie z tymi zleconymi podwykonawcom) w subregionie którego dotyczy postępowanie. W przypadku tak wskazanych kryteriów Odwołująca miałaby szansę zawrzeć przed konkursem umowę z podwykonawcą z regionu Poznania.

Odwołująca wskazuje na brak jakichkolwiek podstaw prawnych aby w toku postępowania eliminować oferentów tylko z uwagi na lokalizację podwykonawców w sytuacji, gdy brak było w tym zakresie jasnych, czytelnych wytycznych w ogłoszeniu o konkursie.

W ocenie Odwołującej, dla zachowania zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców przedmiot zamówienia powinien być opisany w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. W przypadku braku jasno określonych kryteriów uznać należy, iż oferta Odwołującej spełniała wymogi określone w ogłoszeniu.

W ocenie Odwołującej jeśli określenie przedmiotu zamówienia było wadliwe, to uznać należy, iż naruszony został art. 140 ust 1 i ust 2 Ustawy poprzez nieprawidłowe określenie przedmiotu zamówienia, a niewątpliwie Fundusz w sposób nie szczegółowy określił wszelkie warunki udziału w konkursie.

Dalej Odwołująca wskazała na obowiązek Funduszu zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i gwarantowania uczciwej konkurencji. Nakaz ten zdaniem Odwołującej znajduje swoje umocowanie w art. 134 ust. 1 Ustawy, a w odniesieniu do etapu składania i oceny ofert oznacza, że określone dla oferentów przez Prezesa Funduszu warunki, muszą zostać spełnione przez wszystkich oferentów.

Nie sposób zdaniem Odwołującej uznać, iż oferent, który gwarantuje realizację świadczeń wspomagając się w tym zakresie podmiotami zewnętrznymi spoza subregionu nie daje rękojmi

prawidłowego wykonywania umowy. W ocenie Odwołującej komisja konkursowa stwierdziła, że dyskwalifikującym dla Odwołującej jest okoliczność zawarcia umowy o całodobowe wykonywanie badań laboratoryjnych, badań RTG i badań USG z jednostką mającą swoją siedzibę w Kaliszu.

Odwołująca zwróciła uwagę, iż od wielu lat trudni się tego typu usługami, posiada w tym zakresie duże doświadczenie i nie składałaby oferty na świadczenie tego typu usług, gdyby z tego powodu zagrożonym miałyby być zdrowie lub życie pacjentów.

Zdaniem Odwołującej brak jest jakiegokolwiek uzasadnienia prawnego dla takiej decyzji komisji, brak jest przepisów określających tego typu uwarunkowania i niewątpliwie tylko jasne doprecyzowanie tego typu kwestii mogłoby stanowić prawną, a nie uznaniową podstawę odrzucenia oferty.

Odwołująca określiła działanie komisji konkursowej skutkujące odrzuceniem oferty jako krzywdzące dla niej, nie poparte żadnymi merytorycznymi argumentami, dziejące się wbrew zasadom równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz z pominięciem zasad uczciwej konkurencji. Ponownie wniosła o uwzględnienie odwołania poprzez przywrócenie do ponownej oceny oferty złożonej w postępowaniu oznaczonym kodem 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 a w konsekwencji umożliwienie zawarcia umowy z zakresu tlenoterapii domowej w warunkach domowych.

Do wniesionego odwołania dołączone zostały kopie: wyjaśnień z dnia 01.12.2017 r. złożone w toku postępowania konkursowego oraz protestu dotyczącego odrzucenia oferty o numerze 15-18-000125[11/1]-0004/00 z dnia 07.12.2017 r.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą, pismem z dnia 22 grudnia 2017 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującą oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (dalej zwanej „k.p.a.”), 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. Ponadto zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego zostały do stron postępowania przesłane drogą mailową na adres wskazany w złożonej ofercie. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 29 grudnia 2017 roku.

W dniu 28 grudnia 2017 roku z uprawnień w zakresie wglądu w akta sprawy skorzystała Odwołująca.

Na skutek złożonego przez Odwołującą odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14 grudnia 2017 roku postępowania numer 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych na obszarze powiatów: 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołującą w złożonym przez nią odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.

042.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych na obszarze powiatów: 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński, złożone zostały cztery oferty:

1. oferta numer: 15-18-000125[11/1]-0001/00 złożona przez Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialności, ul. Piastów 16, 62-300 Września;
2. oferta numer: 15-18-000125[11/1]0002/00 złożona przez Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz, Plac Wolności 17, 35-073 Rzeszów;
3. oferta numer: 15-18-000125[11/1]0003/00 złożona przez Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”, ul. Bednarska 4, 60-571 Poznań,
4. oferta numer: 15-18-000125[11/1]0004/00 złożona przez Odwołującą (Go-Max Group Sp. z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz).

Postępowanie nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapia domowa prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 357 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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 roku, poz. 1980 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenie Nr 73/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie ze zmianami,
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami;

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 02 listopada 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, na podstawie art. 149 ust 1 pkt 7 Ustawy odrzuciła w całości ofertę złożoną przez Odwołującą

z powodu niespełniania wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy.

Odwołująca w złożonej do postępowania nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapia domowa ofercie zadeklarowała w pkt 4.1.1., iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy będzie spełniać 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.

Jednocześnie do formularza ofertowego załączona została umowa współpracy zawarta w dniu 14 listopada 2017 r. pomiędzy Odwołującą a Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im Ludwika Perzyny z siedzibą Kaliszu, której przedmiotem jest m. in. wykonywanie badań RTG określonych w pkt 4 załącznika nr 5 Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji, lp. 3 tlenoterapia w warunkach domowych, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wezwaniem z dnia 30 listopada 2017 r. komisja konkursowa działając na podstawie § 17 ust. 1 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 wezwwała Odwołującą do złożenia wyjaśnień w przedmiocie zapewnienia dostępu do badań i zabiegów.

W przedmiotowym wezwaniu komisja konkursowa zwróciła dodatkowo uwagę na treść art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy zgodnie z którym, ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

Uwzględniając brzmienie powyżej przytoczonych przepisów oraz przedłożone w ofercie dokumenty, z których wynika, iż Odwołująca zapewnia realizację badań, o których mowa w pkt 4 załącznika nr 5 Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji, lp. 3 – tlenoterapia w warunkach domowych do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej korzystając w tym zakresie z usług podwykonawcy znajdującego się poza obszarem, na które ogłoszono postępowanie wątpliwości komisji konkursowej wzbudził sposób zapewniania przez Odwołującą ww. warunku.

W złożonych w dniu 01 grudnia 2017 r. wyjaśnieniach Odwołująca wskazała, iż bezwzględnie spełnia warunek zapewnienia realizacji badań zgodnie z załącznikiem nr 5 świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji. Lp. 3 – tlenoterapia w warunkach domowych, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dowodem zapewnienia prawidłowego dostępu do wymaganych badań są załączone do złożonej oferty umowy numer U 10/2017 z dnia 20 października 2017 r. wraz z aneksem z dnia 13 listopada 2017 r. oraz umowa z dnia 18 kwietnia 2016 r. numer 12616/6182088221/RDS wraz z aneksem z dnia 01 listopada 2017 r.

umowy te zostały zawarte z punktami świadczącymi zakres badań wymaganych przepisami wyżej cytowanego załącznika do rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 r. Ponadto Odwołująca przedłożyła umowę z dnia 15 lutego 2017 r. dotyczącą transportu osób obejmowanych przez Odwołującą opieką, co umożliwia jej prawidłową realizację przyjętych na siebie zobowiązań.

Dalej Odwołująca wskazała, iż zgodnie z treścią § 8 Zarządzenia Nr 73/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 30 czerwca 2016 r. świadczenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy. W odniesieniu do Odwołującej jedynie część świadczenia głównego, czynności o charakterze pomocniczym realizowana byłaby za pomocą wykwalifikowanych, sprawdzonych, rzetelnych i zarejestrowanych podwykonawców. Nadto zgodnie z art. 134 ust 1 Ustawy Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

W konkluzji złożonych wyjaśnień Odwołująca wskazała, iż wskazane w wezwaniu do wyjaśnień wątpliwości komisji konkursowej co do sposobu realizacji badań nie mają żadnego uzasadnienia albowiem w przypadku realizacji wszelkich umów Odwołująca gwarantuje w uzasadnionych przypadkach przeprowadzenie badań w warunkach domowych, natomiast w przypadku badań obrazowych pacjent będzie miał zapewniony specjalistyczny transport, który zgodnie z § 1 umowy zawartej ze spółką Bobomed Inwest sp. z o.o. – NZOZ Bobomed Ratownictwo Medyczne (umowa dołączona do oferty) odbywa się na terenie całego kraju przez całą dobę. W ocenie Odwołującej siedziba podwykonawcy nie może być przesłanką nasuwającą jakiegokolwiek wątpliwości co do rzetelności Odwołującej i wykonywanych przez nią świadczeń.

Rozpatrując złożone przez Odwołującą wyjaśnienia z dnia 1 grudnia 2017 r. w kontekście wymagań koniecznych do spełnienia przez ubiegającego się o zawarcie umowy w przedmiotowym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w załączniku Nr 5 *WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W PRZYPADKU INNYCH ŚWIADCZEŃ AMBULATORIJNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI*, lp. 3- tlenoterapia w warunkach domowych, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej komisja konkursowa wskazała, iż w cz. II. WYKAZ PODWYKONAWCÓW formularza ofertowego Odwołująca wskazała Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu zapewniający wykonywanie badań laboratoryjnych, badań RTG, badań USG. Powyższe zdaniem komisji konkursowej nabiera szczególnego znaczenia, po uwzględnieniu faktu, iż w cz. III. WYKAZ MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ formularza ofertowego Odwołująca wskazała Poradnię domowego leczenia tlenem zlokalizowaną w Poznaniu (61-846), przy ul. Strzeleckiej 49. Skoro bowiem miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane jest w Poznaniu a świadczenia w zakresie badań RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) realizowane będą w Kaliszu nie ulega wątpliwości w ocenie komisji konkursowej, iż Odwołująca nie zapewnia prawidłowej realizacji przedmiotowych świadczeń. Trudno bowiem zaakceptować sytuację, w której pacjent mający miejsce zamieszkania na obszarze subregionu poznańskiego będzie korzystał ze świadczeń w zakresie RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) wykonywanych w Kaliszu. W tym też kontekście nie sposób pominąć również specyfiki świadczeń z zakresu tlenoterapii domowej, w szczególności stanu zdrowia pacjentów, który często nie pozwala na realizację tak odległego transportu. Ponadto z samej istoty zakreslenia obszaru, na którym kontraktowane są świadczenia opieki zdrowotnej wynika, że świadczenia te winny uwzględniać potrzeby pacjentów zamieszkujących ten obszar. Powyższe pozostaje spójne z definicją kompleksowości wskazaną w art. 5 pkt 7a Ustawy rozumianą jako możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji,

w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie. Kompleksowość ta winna być zatem zapewniana na danym obszarze zabezpieczenia i stanowić podniesienie warunków udzielania świadczeń dla pacjentów z tego obszaru.

Powyższa analiza poczyniona w oparciu o obowiązujące przepisy oraz zaistniały stan faktyczny wiodła zdaniem komisji konkursowej do wniosku, iż Odwołująca nie zapewnia prawidłowej realizacji świadczeń w zakresie RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) a zatem nie zabezpiecza udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania numer 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sposób zgodny z wymaganiami obowiązującymi oferentów biorących udział w tym postępowaniu. Dopuszczenie przez komisję do dalszego postępowania ofert, które nie spełniają wymaganych warunków stanowiłoby naruszenie przepisu art. 134 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Wyrok WSA w Opolu z 30.12.2014 r. II SA/Op 457/14). Przypomnieć bowiem należy, iż komisja konkursowa prowadzi postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opierając je na zasadach pewności i gwarancji, nie zaś na zasadzie ryzyka co do ewentualnego spełniania przez oferenta warunków wymienionych w treści przepisów prawa powszechnie obowiązującego oraz w zarządzeniach wydanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyjęcie odmiennego założenia prowadziłoby do sytuacji, w której oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ponosiłby pełne ryzyko nienależytego zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów i to już od pierwszego dnia obowiązywania umowy.

Uwzględniając powyższe komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: tlenoterapia domowa odrzuciła złożoną przez Odwołującą ofertę numer 15-18-000125[11/1]-0004/00 na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

W treści złożonego w dniu 11 grudnia 2017 r. protestu Odwołująca zarzuciła komisji konkursowej prowadzącej postępowanie numer 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: tlenoterapia domowa naruszenie zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i gwarantowania uczciwej konkurencji. Odwołująca podkreśliła, że od wielu lat trudni się tego typu usługami, posiada w tym zakresie duże doświadczenie, zaś zawarta umowa o całodobowe wykonywanie badań laboratoryjnych, badań RTG i badań USG z jednostką w Kaliszu nie stanowi zagrożenia dla zdrowia lub życia pacjentów. Zaś wyeliminowanie Odwołującej przez komisję konkursową prowadzącą przedmiotowe postępowanie z powodu, iż zapewnia pacjentom wszelkie świadczenia przez wykonawców znajdujących się w odległości około 100 kilometrów od ich miejsca zamieszkania narusza zasadę uczciwej konkurencji. W dalszej części protestu Odwołująca podniosła, że w żadnym z obowiązujących przepisów nie ma zakazu wykonywania poszczególnych, jednostkowych części przedmiotu oferty poza subregionem, w którym znajduje się pacjent, jak również brak gdziekolwiek zapisu określającego lokalizację oferenta lub świadczącego na jego rzecz usług podwykonawcy. Zdaniem Odwołującej kryterium kompleksowości dotyczy w szczególności zakresu merytorycznego oferowanych świadczeń, zapewnienia świadczeniobiorcy pełnego dostępu do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych wymaganych ze względu na rodzaj realizowanych świadczeń oraz możliwości udzielania świadczeń w innych zakresach. Ponadto Odwołująca zwróciła uwagę na fakt,

iż negocjacje z oferentami są głównym punktem konkursu ofert, w którym ocenia się ofertę pod kątem jej zgodności z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu.

Złożony przez Odwołującą protest na czynność odrzucenia oferty nie został przez komisję konkursową uwzględniony. W uzasadnieniu komisja konkursowa wskazała na miejsce udzielania świadczeń wykazane w złożonej przez Odwołującą ofercie - Poradnię domowego leczenia tlenem w Poznaniu przy ul. Strzeleckiej 49. W cz. II. WYKAZ PODWYKONAWCÓW formularza ofertowego Odwołująca wskazała Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu zapewniający wykonywanie badań laboratoryjnych, badań RTG, badań USG.

W ocenie komisji konkursowej powyższe nabiera szczególnego znaczenia w kontekście brzmienia art. 139 ust. 3 pkt 5 „Ustawy”

3. Ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności:

5) określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

Już bowiem już z samej istoty ogłoszenia postępowania wynika, że obejmuje ono konkretny obszar, a co ważniejsze – świadczeniobiorców korzystających z usług na tym obszarze. Powyższe w ocenie komisji konkursowej pozostaje spójne z rolą Narodowego Funduszu Zdrowia, który prowadzi postępowania konkursowe w celu zabezpieczenia prawidłowego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkujących konkretny obszar terytorialny. Ponadto jak sama Odwołująca akcentuje kryterium kompleksowości dotyczy w szczególności zakresu merytorycznego oferowanych świadczeń, zapewnienia świadczeniobiorcy pełnego dostępu do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych wymaganych ze względu na rodzaj realizowanych świadczeń, co nabiera szczególnego charakteru dla odbiorców świadczeń w zakresie tlenoterapii domowej.

Wobec powyższego celem komisji konkursowej było zapewnienie prawidłowego dostępu do świadczeń dla pacjentów danego subregionu oraz na jak najwyższym poziomie ich zabezpieczenia.

Komisja konkursowa wskazała również na podnoszone przez Odwołującą doświadczenie w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania, które to winno prowadzić do chęci zapewnienia realizacji świadczeń dla świadczeniobiorców w sposób najbardziej dostępny i zapewniający ich najwyższą jakość. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do świadczeniobiorców dla których świadczenie będące przedmiotem postępowania jest dedykowane. Trudno bowiem zaakceptować fakt, iż stan zdrowia pacjenta leczonego tlenem pozwala na realizację tak odległego transportu. Częstokroć dla takiego pacjenta przemieszczanie się nawet do ośrodka zlokalizowanego blisko miejsca zamieszkania stanowi znaczną uciążliwość i nierzadko może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

W aspekcie poruszanych przez Odwołującą kwestii, iż negocjacje z oferentami są głównym punktem konkursu ofert, w którym ocenia się ofertę pod kątem jej zgodności z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu komisja konkursowa wskazała, że do negocjacji zaprasza się wyłącznie oferentów, których oferty spełniają wymagania wynikające z warunków zawierania umów oraz nie podlegają odrzuceniu z innych przyczyn.

Biorąc powyższe pod uwagę komisja konkursowa stwierdziła, iż złożona przez Odwołującą w postępowaniu numer 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia na okres

od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: tlenoterapia domowa oferta podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy zgodnie z którym odrzuca się ofertę jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Stąd też złożony przez Odwołującą protest nie mógł zostać uwzględniony.

Do części niejawnego postępowania, po odrzuceniu ww. oferty zakwalifikowano pozostałe oferty jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapia domowa. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował jednak dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na 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, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 9 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- lekarz specjalista posiadający certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.):
 - tak (26,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych – portal świadczeniodawcy):
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- wszystkie koncentratory tlenu nie starsze niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy):
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie przenośnego koncentratora tlenu – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (10,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

c) kategorii „Pozostałe warunki”:

- zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

- zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna”:
- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - 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 (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);

- nie (brak punktów ujemnych);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- e) kategorii „Pozostałe warunki – część wspólna”:
- Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - prowadzenie:
 - indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (3,00 punkty);
 - 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 (5,00 punktów);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „zapewnienie badań i zabiegów”:
- zapewnienie badań i zabiegów:
 - oferent realizuje umowę w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc lub gruźlicy i chorób płuc dla dzieci – w lokalizacji (9,00 punktów);
 - udokumentowane zasady współpracy i koordynacji działań z oddziałem chorób płuc (5,00 punktów);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
3. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „ciągłość – część wspólna”:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (5,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);

4. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania:
 - tak (8,00 punktów ujemnych);
 - nie (brak punktów);

5. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 3,00 punkty).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

- 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 14 grudnia 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000125/SOK/11/1/ 11.2150.042.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych na obszarze powiatów: 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński, wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

- Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością, 62-300 Września, ul. Piastów 16;
- Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz, 35-073 Rzeszów, ul. Plac Wolności 17.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty złożonej przez Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”, ul. Bednarska 4, 60-571 Poznań, z powodu rozbieżności stanowisk co do liczby świadczeń w protokole końcowym z negocjacji.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Ocena oferty											
	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Punkta cja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów w oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
1	Piotr Compała, Halina Compała-	Zespół Domowego Leczenia Tlenem, 62-200 Gniezno, ul.	0,93	3	70	5	0	0	-8	67	70	Tak

	Kuśnierz	Orcholska 41										
2	Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialn ością	Poradnia Tlenoterapii w Warunkach Domowych – Września, 62-300 Września, ul. Piastów 16	1,04	1,5	5	9	0	10	0	24	25,5	Tak
3	Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej "Hospicjum Domowe"	Tlenoterapia, 60-571 Poznań-Jeżyce, ul. Bednarska 4	0	1,5	10	5	0	10	0	25	26,5	Nie

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 cz. 4. „Tlenoterapia w warunkach domowych ” i Tabeli nr 2 „Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – część wspólna” załącznika nr 9 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 5 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent: Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 62-300 Września, ul. Piastów 16

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
 - nie zadeklarował lekarza specjalistę posiadający certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), za co nie otrzymał punktów;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:

- nie zadeklarował co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych – portal świadczeniodawcy), za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował wszystkich koncentratorów tlenu nie starszych niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy), za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował zapewnienia przenośnego koncentratora tlenu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- 3) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - 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, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, co skutkowało nie odjęciem punktów;
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) kategoria 3. Pozostałe warunki – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
- zadeklarował zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu, za co otrzymał 4,00 punkty;
 - nie zadeklarował zapewnienia dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria 1. Zapewnienie badań i zabiegów - określona w części II tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc lub gruźlicy i chorób płuc dla dzieci – w lokalizacji, za co otrzymał 9,00 punktów;

III. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części w części III tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5,00 punktów;
- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 5,00 punktów;

IV. W zakresie innych warunków – określonych w części IV tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;
- wskazał odpowiedź nie dotyczy na pytanie dotyczące braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów ujemnych.

W zakresie warunków wymaganych 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.

W zakresie kryterium ceny oferent Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,04 zł za co otrzymał 1,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Piotr Compala, Halina Compala-Kuśnierz, 35-073 Rzeszów, ul. Plac Wolności 17

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
 - zadeklarował lekarza specjalistę posiadającego certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), za co otrzymał 26,00 punktów;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
 - zadeklarował co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych – portal świadczeniodawcy), za co otrzymał 12,00 punktów;
 - zadeklarował wszystkie koncentratory tlenu nie starsze niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy), za co otrzymał 12,00 punktów;
 - zadeklarował zapewnienie przenośnego koncentratora tlenu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 10,00 punktów;
- 3) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - 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, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego

kwalifikowania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, co skutkowało nie odjęciem punktów;
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) kategoria 3. Pozostałe warunki – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:

- zadeklarował zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu, za co otrzymał 4,00 punkty;
- zadeklarował zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń, za co otrzymał 5,00 punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria 1. Zapewnienie badań i zabiegów - określona w części II tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
- zadeklarował udokumentowane zasady współpracy i koordynacji działań z oddziałem chorób płuc, za co otrzymał 5,00 punktów;

III. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części w części III tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;
- udzielił odpowiedzi żadna z powyższych na pytanie - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od, za co nie otrzymał punktów;

IV. W zakresie innych warunków – określonych w części IV tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:

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

- zadeklarował brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, za co otrzymał 8 punktów ujemnych.

W zakresie warunków wymaganych 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.

W zakresie kryterium ceny oferent Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,93 zł za co otrzymał 3,00 punkty w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe”, 60-571 Poznań, ul. Bednarska 4.

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
 - nie zadeklarował lekarza specjalisty posiadającego certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), za co nie otrzymał punktów;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
 - nie zadeklarował co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych – portal świadczeniodawcy), za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował wszystkich koncentratorów tlenu nie starszych niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy), za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował zapewnienia przenośnego koncentratora tlenu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- 3) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;

- 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, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, co skutkowało nie odjęciem punktów;
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) kategoria 3. Pozostałe warunki – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
- zadeklarował zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu, za co otrzymał 4,00 punkty;
 - zadeklarował zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń, za co otrzymał 5,00 punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria 1. Zapewnienie badań i zabiegów - określona w części II tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:

- zadeklarował udokumentowane zasady współpracy i koordynacji działań z oddziałem chorób płuc, za co otrzymał 5,00 punktów;

III. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części w części III tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5,00 punktów;
 - zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 5,00 punktów;
- IV. W zakresie innych warunków – określonych w części IV tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów;
 - wskazał odpowiedź nie dotyczy na pytanie dotyczące braku ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów ujemnych.

W zakresie warunków wymaganych 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.

W zakresie kryterium ceny oferent Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe” zaoferowało cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,04 zł za co otrzymał 1,5 punktu punkty w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferta złożona przez Odwołującą ze względu na fakt jej odrzucenia ostatecznie nie podlegała uwzględnieniu przy wyborze oferty najkorzystniejszej, mającym na celu wyłonienie oferentów z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W tym miejscu wskazać należy, iż **Odwołująca** udzieliła następujących odpowiedzi na pytania ankietowe:

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
 - zadeklarowała lekarza specjalistę posiadającego certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.),
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
 - nie zadeklarowała co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych – portal świadczeniodawcy),

- zadeklarowała wszystkie koncentratory tlenu nie starsze niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy),
 - zadeklarowała zapewnienie przenośnego koncentratora tlenu – w miejscu udzielania świadczeń,
- 3) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli,
 - nie zadeklarowała braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli,
 - nie zadeklarowała 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 zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
 - nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli,
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową,
 - nie zadeklarowała przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli,
 - nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
 - nie zadeklarowała stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach,
 - nie zadeklarowała braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie,
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:
- nie zadeklarowała posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością,
 - nie zadeklarowała posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji,
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzieliła odpowiedzi „żadna z powyższych”,
- 5) kategoria 3. Pozostałe warunki – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:
- zadeklarowała zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu,

- zadeklarowała zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń,

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- 1) kategoria 1. Zapewnienie badań i zabiegów - określona w części II tabeli nr 1 zakres 4 „Tlenoterapia w warunkach domowych”:

- zadeklarowała udokumentowane zasady współpracy i koordynacji działań z oddziałem chorób płuc,

III. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części w części III tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:

- nie zadeklarowała, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie,
- udzieliła odpowiedzi „żadna z powyższych” na pytanie - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od,

IV. W zakresie innych warunków – określonych w części IV tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:

- nie zadeklarowała współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania,
- zadeklarowała brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.

W zakresie warunków wymaganych Odwołująca zadeklarowała, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniała 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.

W zakresie kryterium ceny Odwołująca zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł.

W tym miejscu podkreślić należy, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 podjęła następujące uchwały:

1. Uchwała z dnia 30 listopada 2017 r. w przedmiocie zadeklarowanego warunku wymaganego dotyczącego posiadanych koncentratorów tlenu, zgodnie z którą:

Uwzględniając:

- fakt, iż w cz. VIII. ANKIETY, rozdziale 4.1 *WARUNKI WYMAGANE*, punkcie 4.1.1 *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, Oferent udzielił odpowiedzi TAK;

- fakt, iż w Lp. 3 załącznika nr 5 - tlenoterapia w warunkach domowych - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tj. Dz. U. 2016 poz. 357 ze zm.) w części dotyczącej wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną wskazano min. posiadanie koncentratorów tlenu – w liczbie nie mniejszej niż liczba pacjentów objętych aktualnie leczeniem – własne lub użyczone na podstawie umowy;
- fakt, iż w cz. V WYKAZ ZASOBÓW oferent wskazał liczbę posiadanych koncentratorów lub w przypadku użyczenia przedłożył umowę użyczenia, z której wynikała liczba użyczonych koncentratorów,

komisja konkursowa uznawała za spełnione warunki wymagane dotyczące posiadania koncentratorów tlenu w liczbie nie mniejszej niż liczba pacjentów objętych aktualnie leczeniem. Podstawą do przyjęcia powyższego stanowiska stanowił fakt, iż wartość ofert nie przekraczała wartości, która była niezbędna do objęcia opieką pacjentów, których liczba wynikała z liczby zgłoszonych w ofercie koncentratorów.

2. Uchwałę z dnia 30 listopada 2017 r. w przedmiocie zapewniania realizacji badań w zakresie tlenoterapia domowa - RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) - co najmniej raz w roku, zgodnie z którą z uwagi, iż:

a) w załączniku Nr 5 WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W PRZYPADKU INNYCH ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI, lp. 3- tlenoterapia w warunkach domowych, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tekst jednolity: Dz. U. z 206 r., poz. 357 ze zm.; zwane dalej „rozporządzeniem”) wskazano zapewnienie realizacji badań w następujący sposób:

- 1) gazometria - co najmniej raz w kwartale;
- 2) spirometria - co najmniej raz na 6 miesięcy;
- 3) morfologia krwi (bez rozmazu) - co najmniej raz na pół roku;
- 4) **RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe)** - co najmniej raz w roku;
- 5) EKG - co najmniej raz na 6 miesięcy.

b) uwzględniając brzmienie art. 139 ust. 3 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.):

3. *Ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności:*

5) *określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej*

c) biorąc pod uwagę specyfikę udzielanych świadczeń oraz stan zdrowia pacjentów

komisja konkursowa przyjęła, że oferent spełnia kryterium warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, w sytuacji,

gdy zapewnienie realizacji badań na podstawie umów o podwykonawstwo zawartych z podmiotami - realizatorami świadczeń diagnostyki obrazowej na obszarze subregionu stanowiącego obszar kontraktowania świadczeń lub w sąsiadującym powiecie do miejsca realizacji świadczeń - poradnia domowego leczenia tlenem, a nie zawierającym się w obszarze rzeczzonego subregionu.

Co znaczące, spełnianie ww. warunku jest koniecznym elementem uczestnictwa oferentów w dalszym postępowaniu. Oferty nie spełniające ww. wymogu podlegają odrzuceniu.

Co istotne uchwały komisji konkursowej nie tworzyły nowych zasad prawnych, a jedynie dokumentowały sposób postępowania, zgodny z obowiązującymi normami prawa.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującą w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania numer 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych na obszarze powiatów: 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński wyjaśnić należy co następuje.

W złożonym odwołaniu Odwołująca wskazuje na uprawnienia Prezesa NFZ wynikające z delegacji ustawowej zawartej w art. 146 Ustawy, a mianowicie do określenia:

- 1) przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) kryteriów oceny ofert;
- 3) warunków wymaganych od świadczeniodawców.

Odwołująca wskazuje również na szereg obowiązków Prezesa NFZ wynikających ze wskazanych uprawnień.

Na marginesie wskazać należy, iż aktualne brzmienie przywołanego przepisu 146 Ustawy w ust. 1 pkt 1 i pkt 2 wskazuje, iż Prezes Funduszu określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie *świadczeń opieki zdrowotnej*;
- 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie *świadczeń opieki zdrowotnej*, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy *świadczeń* w przypadku jej ustalenia w danym zakresie.

Ustęp 2 omawianego przepisu doprecyzowuje, iż szczegółowe warunki umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego *świadczenia* gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d.

Aktem wykonawczym urzeczywistniającym realizację upoważnienia zawartego w art. 146 ust. 1 Ustawy są wydawane przez Prezesa NFZ zarządzenia określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wskazać należy, iż kompetencje do określania warunków wymaganych od świadczeniodawców przystępujących do prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również kryteria oceny ofert na mocy odpowiednio art. 31d oraz art. 148 ust. 3 Ustawy zostały przyznane Ministrowi Zdrowia.

Powyższe znaczenia nabiera w kontekście postawionego przez Odwołującą zarzutu prowadzenia postępowania konkursowego z naruszeniem zasady równego traktowania oferentów i uczciwej konkurencji wynikającej z zapisu art. 134 Ustawy.

Zgodnie bowiem z art. 134 ust 1 Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Z kolei zgodnie z ust. 2 tego przepisu wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Należy stwierdzić, iż wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest właśnie określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że każdy z Oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W niniejszym postępowaniu był to załącznik Nr 9 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie”. Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01.

Również wymagania konieczne do spełnienia przez wszystkich ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone zostały w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia na podstawie delegacji ustanowionej w art. 31d Ustawy. W odniesieniu do przedmiotu zaskarżonego postępowania konkursowego wymagania te zostały wskazane w załączniku nr 5 Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t. j. Dz. U. 2016, poz. 357 ze zm.).

Co istotne zgodnie z art. 134 ust. 2 Ustawy wszelkie wymagania i informacje, a także dokumenty związane z kontrolowanym postępowaniem konkursowym nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach, dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów.

W tym miejscu również należy wskazać na treść uchwał podjętych przez komisję konkursową z dnia 30 listopada 2017 r. w przedmiocie zadeklarowanego warunku wymaganego dotyczącego posiadanych koncentratorów tlenu oraz w przedmiocie zapewniania realizacji badań w zakresie tlenoterapia domowa - RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe), w których określone zasady stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższych uchwałach

okoliczności celem właśnie zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców wyrażonej w art. 134 Ustawy.

Powyższe jednoznacznie wiedzie do wniosku, iż każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a zatem zarzut naruszenia art. 134 ust 1 i ust 2 należy uznać za niezasadny.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu braku wskazania w ogłoszeniu o konkursie jasno określonych kryteriów dotyczących wyboru oferty świadczeniodawców, tj. tylko tych świadczeniodawców, którzy zagwarantują wszelkie usługi (łącznie z tymi zleconymi podwykonawcom) w subregionie którego dotyczy ogłoszenie, bowiem w przypadku tak wskazanych kryteriów Odwołująca miałaby szansę zawrzeć przed konkursem umowę z podwykonawcą z Poznania wskazać należy co następuje.

Zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt. 5 Ustawy, ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym z dnia 2 listopada 2017 roku nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 wskazano obszar zamówienia: powiat 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński. Co jest zgodne z przyjętą przez Dyrektora WOW NFZ zasadą, iż postępowania konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapia domowa ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym województwa w podziale na grupy powiatów (subregiony). Nadto przyjęty obszar kontraktowania odpowiada obszarom terytorialnym wskazanym w Zarządzeniu Nr 73/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie ze zm., wydanym jak już wcześniej wskazano na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 146 ust 1 Ustawy. Zgodnie z treścią § 4 wskazanego zarządzenia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) grupy powiatów;
- 3) powiatu;
- 4) grupy gmin;
- 5) gminy.

Zatem w sposób niebudzący żadnych wątpliwości zamawiający określił, iż postępowanie konkursowe zostało ogłoszone w celu wyboru oferenta, który będzie realizował świadczenia na tym właśnie obszarze terytorialnym.

W tym miejscu nie sposób pominąć treści uchwały komisji konkursowej z dnia 30 listopada 2017 r. w przedmiocie zapewniania realizacji badań w zakresie tlenoterapia domowa - RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe). Zgodnie z zasadą wyrażoną w w/w uchwale komisja konkursowa przyjęła, iż oferent spełnia kryterium warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, w sytuacji, gdy zapewnienie realizacji badań na podstawie umów o podwykonawstwo zawartych z podmiotami - realizatorami świadczeń diagnostyki obrazowej na obszarze subregionu stanowiącego obszar kontraktowania świadczeń lub w sąsiadującym powiecie do miejsca realizacji świadczeń - poradnia domowego leczenia tlenem a nie zawierającym się w obszarze rzeczzonego subregionu. Co znaczące, spełnianie ww. warunku jest koniecznym elementem

uczestnictwa oferentów w dalszym postępowaniu. Oferty nie spełniające ww. wymogu podlegają odrzuceniu.

Przypomnieć należy również, iż powyższa uchwała została podjęta przez komisję konkursową w oparciu o wymagania stawiane świadczeniodawcom określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, brzmienie art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy oraz biorąc pod uwagę specyfikę udzielanych świadczeń i stan zdrowia pacjentów, którym dedykowane są świadczenia będące przedmiotem rozpatrywanego postępowania konkursowego, a zatem znajduje umocowanie w obowiązujących przepisach prawa. Nadto stwierdzić należy, iż powyższa uchwała odzwierciedla działania komisji konkursowej podejmowane celem weryfikacji spełnienia przez oferentów wymaganych warunków.

Zgodzić się należy ze stanowiskiem komisji konkursowej, iż z samej istoty tak skonstruowanego ogłoszenia postępowania wynika, że obejmuje ono konkretny obszar, a co ważniejsze – świadczeniobiorców korzystających z usług na tym obszarze. Powyższe pozostaje spójne z rolą Narodowego Funduszu Zdrowia, który prowadzi postępowania konkursowe w celu zabezpieczenia prawidłowego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkujących konkretny obszar terytorialny. Ponadto kryterium oceny ofert kompleksowość dotyczy w szczególności zakresu merytorycznego oferowanych świadczeń, zapewnienia świadczeniobiorcy pełnego dostępu do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych wymaganych ze względu na rodzaj realizowanych świadczeń, co nabiera szczególnego charakteru dla odbiorców świadczeń w zakresie tlenoterapii domowej. Wobec powyższego celem komisji konkursowej było zapewnienie prawidłowego dostępu do świadczeń dla pacjentów danego subregionu oraz na jak najwyższym poziomie ich zabezpieczenia.

W tym miejscu przypomnieć należy, iż Odwołująca w złożonej ofercie wskazała na wykonywanie wymaganych badań RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) - co najmniej raz w roku z udziałem podwykonawcy - Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.

Co istotne Odwołująca w ofercie wskazała Poradnię domowego leczenia tlenem zlokalizowaną w Poznaniu (61-846), przy ul. Strzeleckiej 49. Skoro bowiem miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane jest w Poznaniu, a świadczenia w zakresie badań RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) realizowane będą w Kaliszu słusznie przyjęła komisja konkursowa, iż nie ulega wątpliwości, że Odwołująca nie zapewnia prawidłowej realizacji przedmiotowych świadczeń.

W tych okolicznościach trudno zgodzić się ze stwierdzeniem Odwołującej „*Nie sposób uznać, iż oferent, który gwarantuje realizację świadczeń wspomagając się podmiotami zewnętrznymi z poza subregionu nie daje rękojmi prawidłowego wykonywania umowy*”. Wprost przeciwnie uznać należy, iż w omawianych okolicznościach dopuszczenie do realizacji świadczeń tlenoterapii domowej realizatora oferującego wykonywanie niezbędnych badań w podmiocie leczniczym zlokalizowanym poza obszarem kontraktowania, czy choćby bezpośredniego sąsiedztwa w odniesieniu do powiatu miejsca realizacji świadczeń wskazanego w ofercie, a nadto oddalonym od miejsca udzielania świadczeń o ok. 100 km mogłoby doprowadzić do sytuacji, w której oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ponosiłby pełne ryzyko nienależytego zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów i to już od pierwszego dnia obowiązywania umowy. Przypomnieć bowiem należy, iż komisja konkursowa prowadzi postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opierając je na zasadach pewności i gwarancji, nie zaś na zasadzie ryzyka co do ewentualnego spełniania przez oferenta warunków wymienionych w treści przepisów prawa powszechnie obowiązującego oraz w zarządzeniach wydanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Powyższe należy rozpatrywać również w kontekście adresatów świadczeń będących przedmiotem spornego postępowania jakimi są pacjenci wymagający tlenoterapii w warunkach domowych, dla których częstokroć przemieszczanie się nawet do ośrodka zlokalizowanego blisko miejsca zamieszkania stanowi znaczną uciążliwość i nierzadko może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia. Wskazać należy, iż wykonie wymaganego badania RTG klatki piersiowej (zdjęcie PA i boczne lewe) wymagać będzie osobistego udziału pacjenta, a zatem będzie wiązało się z koniecznością transportu do jednostki wykonującej. Trudno jest zatem zaakceptować fakt, iż stan zdrowia pacjenta leczonego tlenem będzie pozwalać na realizację transportu do ośrodka oddalonego od miejsca zamieszkania o ok. 100 km. To właśnie doświadczenie w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania, na które powołuje się Odwołująca w złożonym odwołaniu winno prowadzić do chęci zapewnienia realizacji świadczeń dla świadczeniobiorców w sposób najbardziej dostępny i zapewniający ich najwyższą jakość.

W świetle powyższego nie powinno również budzić wątpliwości – zwłaszcza u profesjonalistów (przedsiębiorców), jakimi są świadczeniodawcy biorący udział w takim postępowaniu – że chodzi o zabezpieczenie dostępu do świadczeń z zakresu tlenoterapii w warunkach domowych w sposób kompleksowy, a więc zapewniający pełen dostęp do świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych wymaganych ze względu na rodzaj realizowanych świadczeń na obszarze wskazanym w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym nr 15-18-000125 /SOK/11/1/11.2150.042.02/01, tj. na terenie grupy powiatów: powiat 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński.

W konsekwencji powyższego za chybiony należy uznać także zarzut naruszenia art. 140 ust. 1 Ustawy poprzez nieprawidłowe określenie przedmiotu zamówienia z uwagi na wykluczenie z postępowania konkursowego świadczeniodawców posiadających siedzibę poza zasięgiem subregionu którego dotyczyło postępowanie. Zdaniem odwołującej NFZ zobowiązany był przewidzieć sytuację, w której do konkursu ofert staną również tego rodzaju świadczeniodawcy.

Dodatkowo wskazać należy, iż treść przywołanego przez Odwołującą art. 140 ust. 1 Ustawy nakazuje określenie przedmiotu zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. Ust. 2 tego przepisu zawiera wyraźny zakaz dokonywania opisu przedmiotu zamówienia w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję. Przejawem naruszenia zasady uczciwej konkurencji jest opisanie przedmiotu zamówienia z użyciem oznaczeń wskazujących na konkretnego wykonawcę albo z użyciem parametrów wskazujących na konkretnego wykonawcę. Utrudnieniem uczciwej konkurencji jest również określenie rygorystycznych wymagań co do parametrów technicznych, kwalifikacji zawodowych, które nie są uzasadnione obiektywnymi potrzebami zamawiającego i które uniemożliwiają udział niektórych wykonawcom w postępowaniu, ograniczając w ten sposób krąg podmiotów zdolnych do wykonania zamówienia. Uzupełnieniem wytycznych do określania przedmiotu zamówienia jest dyspozycja art. 141 Ustawy. Przepis ten wskazuje na konieczność opisywania przedmiotu zamówienia za pomocą cech technicznych i jakościowych.

Ponadto art. 139 ust 3 Ustawy wskazuje elementy składowe ogłoszenia o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przenosząc powyższe na grunt rozpatrywanej sprawy uznać należy, iż ogłoszenie o postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 z dnia 2 listopada 2017 r. w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

w zakresie tlenoterapia domowa zawierało wszystkie wymagane elementy, w tym określenie przedmiotu postępowania spełniające wymogi określone w wyżej wskazanych przepisach.

Nadto w przedmiotowym ogłoszeniu wskazane zostały akty prawne określające wymagania, jakie muszą spełniać oferenci, w szczególności:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz. U. 2016 poz. 357 ze zm.) wskazujące na wymagania konieczne do spełnienia przez wszystkich oferentów (załącznik nr 5 *Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji*, lp. 3- tlenoterapia w warunkach domowych),

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016r., poz. 1372, ze zm. z późn.zm.) określające w Tabeli nr 1 cz. 4. „Tlenoterapia w warunkach domowych” i w Tabeli nr 2 „Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębne – część wspólna” załącznika nr 9 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” warunki dodatkowo ocenianie.

- zarządzenie Nr 73/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie ze zm..

Co istotne dla rozstrzygnięcia rozpatrywanej sprawy stosownie do dyspozycji art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu konkursowym nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 zawierało określony w sposób jednoznaczny obszar kontraktowania stanowiący grupę powiatów: powiat 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński.

W świetle powyższego nie budzi wątpliwości, iż określenie przedmiotu zamówienia, warunków wymaganych i sposobu sporządzenia oferty w rozpatrywanym postępowaniu konkursowym zostało określone "w sposób jednoznaczny i wyczerpujący", a zatem prawidłowy w rozumieniu art. 140 ust. 1 i ust. 2 Ustawy.

Podkreślić należy ponownie, iż warunki wymagane od świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu konkursowym jak również kryteria oceny ofert były jawne, takie same w odniesieniu do wszystkich oferentów, którzy złożyli ofertę i nie podlegały zmianom w trakcie trwania procedury konkursowej. Tym samym przedmiotowe postępowanie konkursowe było prowadzone w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji oraz z zachowaniem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców.

Odnosząc się do wniosku Odwołującej o uwzględnienie odwołania poprzez przywrócenie do ponownej oceny oferty złożonej w postępowaniu oznaczonym kodem 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01, a w konsekwencji umożliwienie zawarcia umowy z zakresu tlenoterapii domowej w warunkach ambulatoryjnych wyjaśnić należy co następuje.

Norma z art. 154 ust. 7 Ustawy, w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zobowiązuje dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału

wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy. W rozpatrywanej zaś sprawie Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niniejszą decyzją oddalił odwołanie Odwołującej, co oznacza iż nie zostały spełnione przesłanki określone we wskazanym przepisie do jego zastosowania.

W postępowaniu odwoławczym, którego podstawą jest art. 154 Ustawy, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu naruszenia interesu prawnego Odwołującej 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. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrzył się naruszenia interesu prawnego Odwołującej wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

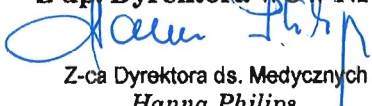
Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 o zawarcie umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapii w warunkach domowych na obszarze powiatów: powiat 3003 gnieźnieński, 3005 grodziski, 3014 międzychodzki, 3015 nowotomyski, 3016 obornicki, 3064 poznań, 3021 poznański, 3024 szamotulski, 3025 średzki, 3026 śremski, 3030 wrzesiński.

Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000125/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips (1)

Wykonano w 5 egz.:

1. Odwołujący (Go-Max Group Sp. z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz);
2. Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialności, ul. Piastów 16, 62-300 Września;
3. Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz, Plac Wolności 17, 35-073 Rzeszów;
4. – 5. a/a.

Opracowała: Agnieszka Burwiel – WOW NFZ