

Poznań, dnia, 12 kwietnia 2018 roku

WO.422.34.2018

DECYZJA NR 45/2018/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.) 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 ze zm.), po ponownym rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2017 roku postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, wniesionego przez ST MEDICAL sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800) przy ul. Żwirki i Wigury 18-22, na skutek wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 7 grudnia 2017 roku, sygn. akt: II SA/Po 681/17, uchylającego decyzję nr 59/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2017 roku i poprzedzającą ją decyzję nr 10/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 maja 2017, od której to decyzji skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu wniosła ST MEDICAL sp. z o.o., postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”), ogłosił w dniu 10 stycznia 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 67 056,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawarta jedna umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 28 lutego 2017 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

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

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

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

W dniu 8 marca 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez ST MEDICAL spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kaliszu (62-800) przy ul. Żwirki i Wigury 18-22, zwanej dalej „Odwołującym”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2017 roku postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, Odwołujący zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy poprzez bezpodstawne odrzucenie złożonej przez niego oferty, pomimo spełnienia przez Odwołującego wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 Ustawy. Nadto Odwołujący zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 6, 7, 8, 11, art. 77 § 1 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego poprzez niedokonanie wyczerpującego rozpatrzenia materiału dowodowego, co doprowadziło do ustalenia stanu faktycznego niezgodnego z rzeczywistością, i który nie znajduje uzasadnienia w świetle obowiązującego stanu prawnego. Dodatkowo Odwołujący zarzucił naruszenie art. 7 w zw. z art. 77 § 1 oraz art. 80 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego poprzez niepodjęcie przez komisję konkursową wszelkich kroków niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy w sposób uwzględniający interes społeczny i słuszny interes obywateli oraz nierozpatrzenie w sposób wyczerpujący całego materiału dowodowego. Odwołujący podnosi również zarzut naruszania art. 134 ust. 1 Ustawy, poprzez niezachowanie przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady zachowania uczciwej konkurencji poprzez odrzucenie oferty w sytuacji, gdy prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej jest warunkiem dodatkowo punktowanym w sytuacji, gdy bez spełnienia tego warunku oferta Odwołującego jest najlepszą spośród tych, które zostały złożone w postępowaniu konkursowym.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez ST MEDICAL sp. z o.o., pismami z dnia 9 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 22 marca 2017 roku. W dniu 17 marca 2017 roku z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystał Odwołujący.

W dniu 14 marca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia skierował do Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia pismem zapytanie o wskazanie, czy jeżeli oferent zadeklarował w ofercie spełnianie warunku dodatkowo ocenianego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co

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

Uwzględniając fakt wyznaczenia przez Odwołującego pełnomocnika w prowadzonym postępowaniu administracyjnym, wezwanie o przedłożenie dokumentów potwierdzających fakt spełniania przez wykazanych w ofercie podwykonawców warunków prowadzenia dokumentacji elektronicznej zostało również przesłane ustanowionemu przez Odwołującego pełnomocnikowi. W piśmie tym Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania o wyznaczeniu terminu wydania decyzji na dzień 11 maja 2017 roku.

Decyzją nr 10/2017/O z dnia 11 maja 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddalił w całości odwołanie Odwołującego albowiem ustalił, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie naruszył zasad prowadzenia postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia skonstatował, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego, co skutkowało oddaleniem odwołania.

Dnia 7 czerwca 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynął wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy złożony przez Odwołującego (reprezentowanego przez

pełnomocnika adwokata Piotra Szwedowskiego) od decyzji Nr 10/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 maja 2017 r. Wniosek powyższy, wobec otrzymania przez Odwołującego zaskarżonej decyzji w dniu 29 maja 2017 roku i nadania go w placówce Poczty Polskiej w dniu 5 czerwca 2017 roku, został złożony w terminie.

W treści złożonego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Odwołujący zarzuca zaskarżonej decyzji:

1. naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy poprzez bezpodstawne odrzucenie złożonej przez niego oferty, pomimo spełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 Ustawy;
2. naruszanie art. 6, 7, 8, 11, art. 77 § 1 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego poprzez niedokonanie wyczerpującego rozpatrzenia całego materiału dowodowego, co doprowadziło do ustalenia stanu faktycznego niezgodnego z rzeczywistością, i który nie znajduje uzasadnienia w świetle obowiązującego stanu prawnego;
3. naruszenie art. 7 i 7a w zw. z art. 77 § 1, art. 80 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego poprzez niepodjęcie przez komisję konkursową wszelkich kroków niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy w sposób uwzględniający interes społeczny i słuszny interes obywateli oraz nierozpatrzenie w sposób wyczerpujący całego materiału dowodowego;
4. naruszenie art. 134 ust. 1 Ustawy, poprzez niezachowanie przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady zachowania uczciwej konkurencji poprzez odrzucenie oferty w sytuacji, gdy prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej jest warunkiem dodatkowo punktowanym w sytuacji, gdy bez spełnienia tego warunku oferta Odwołującego jest najlepszą spośród tych, które zostały złożone w postępowaniu konkursowym.

Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że powyższe zarzuty stanowią powtórzenie zarzutów podniesionych przez Odwołującego w treści odwołania.

We wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Odwołujący wskazuje ponadto, iż całość treści decyzji nr 10/2017/O z dnia 11 maja 2017 roku odnosi się do skierowanego przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia do Ministerstwa Zdrowia pytania dotyczącego zachowania formatu DICOM. W jego ocenie udzielona przez Ministerstwo Zdrowia odpowiedź nie jest jednoznaczna i nie potwierdza zasadności odrzucenia jego oferty. Nadto wskazuje, iż Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia winien prawidłowo sformułować pytanie do Ministerstwa Zdrowia, np. *„czy w świetle złożonych wyjaśnień w odwołaniu jak również w sytuacji tak dalece idącej rozbieżności interpretacyjnej świadczeniodawca ma możliwość spełnienia wymogów prowadzenia częściowej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w sposób prawidłowy bez posiadania formatu DICOM”*.

Zdaniem Odwołującego wymaganie od oferenta z dziedziny psychiatrii uprawnień przysługujących jedynie radiologowi jest zupełnie niezasadne. Nie zgadza się również z twierdzeniem zawartym w decyzji nr 10/2017/O z dnia 11 maja 2017 roku, iż podwykonawca również ma obowiązek prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej. Kolejno wskazuje, iż uregulowania prawne dotyczące systemu informatycznego, w którym będzie prowadzona dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej zawiera również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Przepisy będą obowiązywać od dnia 1 sierpnia 2017 roku, zatem ani w momencie składania przez Odwołującego oferty ani w okresie obowiązywania całej umowy, tj. do dnia 30 czerwca 2017 roku wymogi wskazane w decyzji nr 10/2017/O z dnia 11 maja 2017 roku nie muszą być spełnione w sposób interpretowany przez komisję konkursową. Odwołujący wskazał również, że w dokumentacji konkursowej oferenta, który został wybrany jako ten podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych zgłoszono w zakresie personelu psychiatrę Sylwię Szwedowską-Tarczyńską, która ma wykonywać pracę na rzecz innego oferenta, w sytuacji gdy podmiot przez nią reprezentowany ubiega się o zawarcie umowy objętej postępowaniem nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 i na rzecz tego podmiotu ma wykonywać pracę. Podnosi też, że zgłoszenie psychiatry dla innego podmiotu bez wiedzy i zgody tej osoby narusza zasady postępowania konkursowego oraz przepisy prawa powszechnie obowiązującego. Odwołujący przedłożył również kopię pierwszej strony wezwania do wyjaśnień skierowanego przez komisję konkursową do oferenta w innym postępowaniu konkursowym (w rodzaju leczenie stomatologiczne), z którego treści wynika, iż oferent winien zmienić udzieloną w ofercie odpowiedź, bowiem nie jest w stanie jej spełnić w sposób prawidłowy. W przekonaniu Odwołującego takie działanie wskazuje na dowolność i nierówne traktowanie oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym, zwłaszcza w sytuacji gdy na etapie prowadzonego postępowania konkursowego nie było możliwości uzyskania wiążącej interpretacji określonego warunku rankingującego.

Prowadząc postępowanie administracyjne z wniosku Odwołującego o ponowne rozpatrzenie sprawy z jego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, zakończonej decyzją nr 10/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 maja 2017 roku, pismami z dnia 8 czerwca 2017 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania o uprawnieniach wynikających z przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz

zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Przedmiotowymi pismami z dnia 8 czerwca 2017 roku strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 23 czerwca 2017 roku.

W dniu 22 czerwca 2017 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał świadczeniodawca Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

Po zapoznaniu się z aktami postępowań z wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy wniesionych przez Odwołującego (dotyczy postępowań nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 oraz nr 15-17-000066/PSY/04/1/04.2700.020.02/01), pismem z dnia 22 czerwca 2017 roku, oferent Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim poinformował, iż lekarz Sylwia Szwedowska-Tarczyńska jest zatrudniona w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim na podstawie umowy cywilnoprawnej (i zatrudniona była w momencie składania ofert). Powyższa umowa nie została do dnia sporządzania ww. pisma rozwiązana ani wypowiedziana. Oferent oświadczył, iż lekarz ten udziela świadczeń w ramach Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego. Dalej wskazał, iż zgłoszenie do oferty lekarza Sylwii Szwedowskiej-Tarczyńskiej było ustnie konsultowane Kierownikiem Oddziału Justyną Kaszną oraz Sylwią Szwedowską- Tarczyńską. W ocenie oferenta fakt zgłoszenia do oferty nie wymagał dodatkowych pisemnych oświadczeń ze strony pracownika, zwłaszcza, że wiąże go obecnie obowiązująca umowa z pracodawcą.

Pismami z dnia 23 czerwca 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, iż w związku z brakiem wpływu do Oddziału Funduszu zwrotnego potwierdzenia odbioru przez pełnomocnika Odwołującego pisma z dnia 8 czerwca 2017 roku informującego o możliwości skorzystania z uprawnień wynikających z przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, w szczególności możliwości przejrzania akt sprawy oraz wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów zgromadzonych w sprawie, niemożliwym stało się załatwienie sprawy w drodze wydania decyzji w pierwotnie określonym terminie. W związku z powyższym nowy termin załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji określono na dzień 29 czerwca 2017 roku.

Decyzją nr 59/2017/O z dnia 29 czerwca 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia utrzymał w mocy zaskarżoną decyzję nr 10/2017/O z dnia 11 maja 2017 roku, albowiem po przeprowadzeniu postępowania z wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nie stwierdził, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych.

Na powyższą decyzję skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu wniósł Odwołujący. W skardze zarzucił naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy, a polegające na zebraniu, rozpatrzeniu oraz dokonaniu oceny materiału dowodowego wbrew regułom

wynikającym z art. 6, 7, 7a § 1, 7b, 8 w związku z art. 77 § 1 i art. 79a i art. 80 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Ponadto zarzucił naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy poprzez bezpodstawne jego zdaniem odrzucenie oferty na skutek uznania, że podał nieprawdziwe informacje, pomimo, że spełnił wymagane warunki prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Jednocześnie Odwołujący podniósł zarzut naruszenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady uczciwej konkurencji z uwagi na okoliczność, iż w innym toczącym się konkursie organ wezwał oferenta do zmiany udzielonej odpowiedzi uzasadniając to faktem niemożności spełnienia warunku, co skutkowałoby również odrzuceniem oferty z uwagi na podanie nieprawdziwych informacji.

W wyniku jej rozpoznania, w dniu 7 grudnia 2017 roku Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu wydał wyrok w sprawie o sygn. akt III SA/Po 681/17, którym uchylił zaskarżoną decyzję nr 59/2017/O z dnia 29 czerwca 2017 roku Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz poprzedzającą ją decyzję nr 10/2017/O z dnia 11 maja 2017 roku Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Rozpoznając sprawę Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 7 grudnia 2017 roku sygn. III SA/Po 681/17 wskazał, co następuje.

Zdaniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu trafny okazał się podniesiony w skardze zarzut strony skarżącej dotyczący niedostatecznego wyjaśnienia stanu faktycznego, bowiem prowadząc postępowanie administracyjne Dyrektor Oddziału Funduszu nie dokonał analizy treści umowy, jaką ST MEDICAL sp. z o.o. zawarła ze spółką Mediporta. Sąd podkreślił, że rolą organu było ustalić i ocenić, czy oferent spełnia warunki określone przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej, a więc czy „udostępnia” dokumenty we wskazanym w tych przepisach formacie i standardzie oraz czy zakres pojęciowy określony ww. rozporządzeniem wyklucza pojęcie zawarte w kryterium rankingującym „prowadzenia” elektronicznej dokumentacji medycznej. Jak wskazał Sąd, organ nie dokonał analizy treści umowy i w oparciu o nią nie stwierdził jednoznacznie czy Mediporta nie może stanowić podmiotu „upoważnionego” do wykonania odwzorowania cyfrowego i czy analiza umowy pozwala na przyjęcie, że Mediporta może realizować odwzorowanie cyfrowe w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji, skoro bezspornym jest, że Mediporta wykonuje usługi w standardzie DICOM. W ocenie Sądu, wyjaśnienie tej kwestii ma znaczenie także w aspekcie stanowiska organu, że odrzucenie oferty jest następstwem przyjęcia, iż oferent „nie ma możliwości” odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych. Co istotne, sąd podkreślił, że nie sposób bezpośrednio odnosić przepisów o podwykonawstwie do warunków umowy, jaką oferent zawarł ze spółką Mediporta, bo firma ta nie miała świadczyć usług medycznych w rozumieniu art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednocześnie w uzasadnieniu wyroku Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu nie podzielił argumentacji strony skarżącej odnośnie interpretacji przepisów w zakresie wymogów

prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Konkludując, Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu stwierdził, iż w przeprowadzonym postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych doszło do naruszenia, w stopniu, który mógł mieć istotny wpływ na wynik sprawy, art. 7 w związku z art. 77 § 1 i 80 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Nie doszło przy tym, zdaniem Sądu, do naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy, bowiem strona skarżąca nie wykazała, że złożenie wyjaśnień w „innym toczącym się postępowaniu” było tożsame pod względem faktycznym i prawnym z sytuacją zaistniałą w niniejszym postępowaniu.

Mając powyższe na uwadze Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu wyrokiem z dnia 7 grudnia 2017 roku sygn. III SA/Po 681/17 uchylił zaskarżoną decyzję nr 59/2017/O z dnia 29 czerwca 2017 r. i poprzedzając ją decyzję nr 10/2017/O z dnia 11 maja 2017 r. Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu.

Prowadząc ponownie postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez ST MEDICAL sp. z o.o., pismami z dnia 15 lutego 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 12 marca 2018 roku. Jednocześnie pismem z dnia 15 lutego 2018 roku Odwołujący został wezwany do przedstawienia w nieprzekraczalnym terminie do dnia 27 lutego 2018 roku dokumentu, z którego będzie wynikać możliwość odwzorowania zdjęć radiologicznych do formatu DICOM zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale 9 Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej § 81 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069 ze zm.).

Kolejno, w dniu 1 marca 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo pełnomocnika Odwołującego, w którym zarzuca zbyt krótki termin wyznaczony do przedstawienia dokumentu, z którego będzie wynikać możliwość odwzorowania zdjęć radiologicznych do formatu DICOM jednocześnie wskazując, iż powoduje to brak możliwości działania przez niego w sposób wskazany w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego. Nadto podnosi, iż w jego opinii w przesłanym wezwaniu Narodowy Fundusz Zdrowia nie wskazał jakie czynności podjął organ celem prawidłowego ustalenia stanu faktycznego, a wezwanie Odwołującego do przedstawienia dokumentu, z którego będzie wynikać możliwość odwzorowania zdjęć radiologicznych do formatu DICOM stanowi przerzucanie na stronę postępowania obowiązku wszechstronnego wyjaśnienia stanu faktycznego, które

jest zaprzeczeniem istoty postępowania w oparciu o obowiązujące przepisy postępowania administracyjnego. W ocenie pełnomocnika Odwołującego wyznaczenie terminu wydania decyzji na dzień 14 marca 2018 roku wskazuje na działania zmierzające do wydania przez Narodowy Fundusz Zdrowia wadliwej decyzji przed zakończeniem i prawidłowym przeprowadzeniem postępowania dowodowego.

Ustosunkowując się do zarzutu zbyt krótkiego czasu wyznaczonego do przedstawienia dokumentu, z którego będzie wynikać możliwość odwzorowania zdjęć radiologicznych do formatu DICOM oraz terminu wydania decyzji, pismami z dnia 8 marca 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 o zakresie nowego terminu wydania decyzji, wyznaczając go na dzień 6 kwietnia 2018 roku oraz ponownie wezwał Odwołującego do przedstawienia dokumentu, z którego będzie wynikać spełnienie przez niego warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania. Do dnia wydania niniejszej decyzji do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie wpłynął żądany dokument.

Kolejno, z uwagi na skomplikowany charakter sprawy, pismami z dnia 6 kwietnia 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 o zakresie nowego terminu załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji, wyznaczając go na dzień 12 kwietnia 2018 roku.

Na skutek wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 7 grudnia 2017 roku (sygn. akt III SA/Po 681/17) uchylającego decyzję nr 59/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2017 roku oraz poprzedzającą ją decyzję nr 10/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 maja 2017 roku oraz ponownego rozpoznania odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 28 lutego 2017 roku postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał argumentację przywoływaną w treści odwołania, wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz pism w sprawie. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty. Akta sprawy stanowiły w szczególności oferty biorących udział w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 oferentów, dokumenty wytworzone przez komisję konkursową prowadzącą ww. postępowanie, pisma i oświadczenia stron złożone w sprawie,

a także pisma Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kierowane do stron w toku rozpatrywania tak odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania konkursowego jak i wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 7 grudnia 2017 roku (sygn. akt III SA/Po 681/17) uchylający decyzję nr 59/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2017 roku oraz poprzedzającą ją decyzję nr 10/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 maja 2017 roku. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

Zgodnie z art. 153 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1369 ze zm.) ocena prawna i wskazania co do dalszego postępowania wyrażone w orzeczeniu sądu wiążą w sprawie organy, których działanie, bezczynność lub przewlekłe prowadzenie postępowania było przedmiotem zaskarżenia, a także sądy, chyba że przepisy prawa uległy zmianie. Powyższe oznacza, iż rozpoznający ponownie sprawę administracyjną organ związany jest przedmiotowym zapatrywaniem prawnym i wskazaniem przedstawionymi w prawomocnym wyroku przez sąd administracyjny, musi zatem, i to niezależnie od własnych przekonań, przyjąć wspomnianą ocenę prawną i zrealizować wskazania co do dalszego postępowania. W rozpoznanej sprawie wiążące przy wydawaniu niniejszej decyzji były ocena prawna i wskazania ujęte w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 7 grudnia 2017 roku (sygn. akt III SA/Po 681/17).

W postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych oferty złożyli: Odwołujący ST MEDICAL sp. z o.o., Centrum Medyczne MULTIMED Tadeusz Jucyk spółka jawna, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim oraz Spółdzielnia Inwalidów „POMOC” w upadłości.

Postępowanie nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386, ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.),

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.),
- zarządzenia Nr 56/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zmienionym zarządzeniem Nr 70/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r., zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r., zarządzeniem Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r.,
- zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 10 stycznia 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła ofertę złożoną przez Odwołującego. Odwołujący składając ofertę w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań, co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku. Komisja konkursowa po dokonaniu oceny oferty, a także złożonych przez Odwołującego, na wezwanie komisji konkursowej, wyjaśnień i dokumentów stwierdziła, iż Odwołujący deklarując warunek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań, co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, nie zapewnia spełniania tego warunku, a zatem podał nieprawdziwą informację, co skutkowało odrzuceniem oferty Odwołującego. Złożony w dniu 15 lutego 2017 roku przez Odwołującego do komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 protest na czynność odrzucenia oferty dokonaną w dniu 14 lutego 2017 roku nie został uwzględniony. Również złożony w dniu 27 lutego 2017 roku protest na czynność nieuwzględnienia protestu nie został przez komisję konkursową uwzględniony.

Kolejno, komisja konkursowa, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, odrzuciła ofertę złożoną przez Centrum Medyczne MULTIMED Tadeusz Jucyk spółka jawna z siedzibą w Koninie (62-500) przy ul. Wojska Polskiego 33. Oferent ten w części VIII. Ankiety FORMULARZA OFERTOWEGO, w rozdziale 3.1 DOSTĘPNOŚĆ, na pytanie numer 3.1.5 *Czas pracy w poradni w tygodniu* udzielił odpowiedzi *Powyżej 48 godzin*. Wskazany w części VI. Szczegóły oferty FORMULARZA OFERTOWEGO

harmonogram czasu pracy poradni potwierdzał, iż Oferent ten zapewnia 54 godziny pracy poradni tygodniowo. W wyniku przeprowadzonej przez komisję konkursową analizy informacji zawartych w protokole weryfikacji miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie tego oferenta, z dnia 8 lutego 2017 roku, stwierdzono rozbieżność w zakresie dostępności do poszczególnych pomieszczeń przeznaczonych do realizacji świadczeń, w poniedziałki i środy, w odniesieniu do wskazanego w ofercie harmonogramu czasu pracy poradni. Na podstawie przekazanych w dniu 17 lutego 2017 roku przez Oferenta wyjaśnień ustalono, że czas pracy poradni wynosi 44,5 godziny tygodniowo. Co więcej, w treści pisma z dnia 17 lutego 2017 roku Oferent ten wyjaśnił, że omyłkowo wskazał znajdujący się w części VI. Szczegóły oferty FORMULARZA OFERTOWEGO harmonogram czasu pracy poradni dotyczący udzielania świadczeń w poniedziałki i środy, w związku z czym w tych dniach tygodnia nie jest możliwe udzielanie świadczeń, będących przedmiotem złożonej przez niego oferty.

Także oferta złożona przez Spółdzielnię Inwalidów „Pomoc” w upadłości z siedzibą przy ul. Powstańców Wielkopolskich 31 w Ostrzeszowie (63-500) została, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, odrzucona z powodu niespełnienia 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 tj. braku w księdze rejestrowej nr 000000015768 prowadzonej przez Wojewodę Wielkopolskiego, komórki organizacyjnej o specjalności odpowiedniej dla zakresu, na który została złożona oferta, tj. 1700 – poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych w miejscu udzielania świadczeń w Ostrowie Wielkopolskim, ul. Wrocławska 81.

Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano, jako spełniającą wymagane warunki postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, ofertę złożoną przez Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

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, dokonano oceny ofert.

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

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- kwalifikacje personelu (maksymalnie 41,00 pkt),
- realizację wybranych świadczeń (maksymalnie 19,00 pkt),
- wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego

zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (do -12,50 pkt),

- pozostałe warunki, w tym:
- posiadanie certyfikatów systemu zarządzania (maksymalnie 1,0 pkt),
- prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (maksymalnie 5,00 pkt).

2. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez:

- dostęp do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych (maksymalnie 1,00 pkt),
- posiadanie odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, (maksymalnie 1,00 pkt),
- deklarację realizacji wykonania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 50% lub 75% rozpoznań zasadniczych według ICD-10, ze wszystkich możliwych rozpoznań do realizacji w danym zakresie świadczeń (maksymalnie 2 pkt),
- deklarację, udzielania porad w miejscu pobytu świadczeniobiorcy - porad stanowiących co najmniej 10% ogólnej liczby zrealizowanych świadczeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (maksymalnie 1,00 pkt),
- czas pracy poradni w tygodniu (maksymalnie 3,00 pkt).

3. kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, (maksymalnie 5 pkt),
- realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, (maksymalnie 5 pkt),
- realizację umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie środowiskowe (domowe) w ramach ZLŚ, (maksymalnie 8 pkt).

4. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (maksymalnie 1,00 pkt),
- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:

- nieprzerwanie od 5 lat (maksymalnie 2,00 pkt),
 - nieprzerwanie od 10 lat (maksymalnie 4,00 pkt),
5. inne warunki oceniane, tj. współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),
6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 3,00 pkt).

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

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 28 lutego 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych zostanie zawarta z Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
	CEN A	CIĄGŁOŚ Ć	KOMPLEKSOWO ŚĆ	JAKOŚ Ć	DOSTĘPNO ŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓ W OCENY	
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wlkp.	1,50	0,00	0,00	0,00	1,00	2,50	TAK

Wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” i Tabeli nr 2 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – część wspólna” załącznika nr 4 „WYKAZ SZCZEGÓŁOWYCH KRYTERIÓW WYBORU OFERT WRAZ Z WYZNACZAJĄCYMI JE WARUNKAMI ORAZ PRZYPISANĄ IM WARTOŚCIĄ W RODZAJU OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 1 „WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH REALIZOWANYCH W WARUNKACH STACJONARNYCH PSYCHIATRYCZNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferent biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych i uwzględniony w rankingu końcowym udzielił następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim:

W zakresie kryterium kompleksowości:

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował lekarza posiadającego specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osobę prowadzącą psychoterapię lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez psychologa klinicznego, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez pielęgniarkę specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- w zakresie realizacji wybranych świadczeń nie zadeklarował realizacji:
 - 1/ w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w ramach programu psychoterapeutycznego, za co nie otrzymał punktów,
 - 2/ w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w ramach programu opieki czynnej, za co nie otrzymał punktów,
 - 3/ w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, wizyt domowych lub środowiskowych z ogółu porad, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował różnorodności realizacji świadczeń - wykonania w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 50% lub 75% rozpoznań zasadniczych według ICD-10, ze wszystkich możliwych rozpoznań do realizacji w danym zakresie świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, udzielania porad w miejscu pobytu świadczeniobiorcy - porady stanowią co najmniej 10% ogólnej liczby zrealizowanych świadczeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy poradni w tygodniu, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

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

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

W zakresie kryterium kompleksowości Odwołujący:

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii – równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymałby 13,00 punktów,
- zadeklarował lekarza posiadającego specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymałby 10,00 punktów,
- zadeklarował udzielenie świadczeń przez osobę prowadzącą psychoterapię lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymałby 8,00 punktów,
- zadeklarował udzielenie świadczeń przez psychologa klinicznego - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymałby 7,00 punktów,
- zadeklarował udzielenie świadczeń przez pielęgniarkę specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymałby 3,00 punkty,

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie braków, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,

- w zakresie realizacji wybranych świadczeń nie zadeklarował realizacji:
 - 1/ w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w ramach programu psychoterapeutycznego, za co nie otrzymałby punktów,
 - 2/ w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń w ramach programu opieki czynnej. Program opieki czynnej: świadczenia w ramach aktywnego i zorganizowanego postępowania zespołu terapeutycznego poradni, mającego na celu przywrócenie albo poprawę stanu zdrowia psychicznego świadczeniobiorców oraz ułatwienie im samodzielnego życia w środowisku społecznym, za co nie otrzymałby punktów,
 - 3/ w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, wizyt domowych lub środowiskowych z ogółu porad, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymałby 3,00 punkty.

W zakresie kryterium dostępności:

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

- nie zadeklarował, udzielania porad w miejscu pobytu świadczeniobiorcy - porady stanowią co najmniej 10% ogólnej liczby zrealizowanych świadczeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin, za co otrzymałby 3,00 punkty.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

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

Wskazać należy, iż w poszczególnych ofertach wszyscy oferenci zadeklarowali każdorazowo, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

Przyjmując dalej ocenę prawną i wskazania co do dalszego postępowania zawarte w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 7 grudnia 2017 roku (sygn. akt III SA/Po 681/17) wskazać należy, co następuje.

W odniesieniu do argumentacji przywoływanej w treści złożonego odwołania oraz wniosku o ponowne rozpatrzenia sprawy złożonego przez Odwołującego oraz uwzględniając okoliczność, że przedmiotowe postępowanie administracyjne dotyczy ponownego rozpoznania odwołania i wniosku o ponowne

rozpatrzenie sprawy od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 podkreślić należy, iż wszelkie powoływane w niniejszym uzasadnieniu przepisy dotyczą brzmienia obowiązującego na dzień rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania konkursowego, chyba że wskazane zostanie, iż chodzi o regulacje w brzmieniu obowiązującym obecnie.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego, iż komisja konkursowa dokonała błędnej interpretacji obowiązujących przepisów prawa w zakresie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wskazać należy, że szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej określone zostały w Rozdziale 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) „Szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej”. Ponadto, działając na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, Minister Zdrowia wydał w dniu 28 marca 2013 r. rozporządzenie w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 463), w którym określił format elektronicznej dokumentacji medycznej udostępnianej przez usługodawców w Systemie Informacji Medycznej (zwanym dalej „SIM”), warunki organizacyjno-techniczne jej przetwarzania, udostępniania, autoryzacji oraz zabezpieczenia przed utratą, warunki organizacyjno-techniczne zamieszczania w SIM dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne i ich pobierania z SIM, zgodnie z zakresem zadań wykonywanych przez usługodawców oraz warunki organizacyjno-techniczne realizacji dostępu i pobierania danych przetwarzanych w SIM. Ponadto stwierdzić należy, iż z treści § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej wynika, że elektroniczna dokumentacja medyczna udostępniona przez usługodawców w SIM zawiera dokumenty elektroniczne w formacie XML, których zakres odpowiada danym gromadzonym w dokumentacji medycznej określonym przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.) oraz pliki multimedialne, będące w szczególności wynikiem diagnostyki obrazowej. Zgodnie zaś z przepisem § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia, elektroniczna dokumentacja medyczna jest udostępniana w SIM w formacie XML oraz, w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową, w standardzie DICOM. Jednocześnie podkreślenia wymaga, iż w myśl § 4 ww. rozporządzenia, udostępnianie elektronicznej dokumentacji medycznej odbywa się w sposób umożliwiający identyfikację uprawnionych osób. Sam zaś proces udostępniania uprawnionym podmiotom elektronicznej dokumentacji medycznej następuje przez elektroniczną transmisję danych w formie komunikatów, które winny być zgodne z wzorcami struktury logicznej elektronicznych komunikatów opisanych za pomocą formatu XML/XSD i standardu wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową DICOM. Analiza wskazanych powyżej przepisów wiedzie do

wniosku, że warunkiem koniecznym prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej jest prowadzenie jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym w szczególności eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych pozostaje standard DICOM. Powyższe ustalenia nabierają szczególnego znaczenia w kontekście stosowania przepisu § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zgodnie z którym w przypadku, gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Podkreślić należy, że wyrażona przedmiotowym przepisem dyspozycja wskazuje w sposób niebudzący wątpliwości, iż odwzorowanie cyfrowe zdjęć radiologicznych, które mają następnie zostać dołączone do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, winno zostać wykonane w takim formacie i z zachowaniem takich standardów, które zapewniają czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Skoro zaś standardem udostępniania, przechowywania i interpretowania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, to również odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonanych pierwotnie w postaci analogowej, powinno być dokonywane z zachowaniem tego formatu. Słuszność powyższej interpretacji obowiązujących przepisów prawa w zakresie wymogów prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej potwierdził Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu w uzasadnieniu do wyroku z dnia 7 grudnia 2017 roku, sygn. akt III SA/Po 681/17, stanowiącego podstawę obecnie prowadzonego postępowania administracyjnego.

Realizując zalecenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu wskazane w ww. wyroku, dotyczące niedostatecznego wyjaśnienia stanu faktycznego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokonał zarówno analizy umowy na świadczenie usług nr 2017/01/WP/263 zawartej w dniu 5 stycznia 2017 roku pomiędzy Odwołującym a Mediporta sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Marcelińskiej 90, jak i wyjaśnień złożonych w toku prowadzonego postępowania i załączonych do nich dokumentów. Nadto, jak już wspomniano na wstępie niniejszej decyzji, pismem z dnia 8 marca 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wezwał Odwołującego do przedstawienia dokumentu, z którego będzie wynikać spełnienie przez niego warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania. Do dnia wydania decyzji Odwołujący nie przedstawił ww. dokumentu, ani w inny sposób nie uprawdopodobnił możliwości odwzorowania zdjęć radiologicznych do formatu DICOM zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale 9 Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji

prowadzonej w postaci elektronicznej § 81 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W wyniku analizy umowy na świadczenie usług nr 2017/01/WP/263 zawartej w dniu 5 stycznia 2017 roku pomiędzy Odwołującym a Mediporta sp. z o.o. nie stwierdza się, wbrew twierdzeniom Odwołującego, by Odwołujący powierzył firmie Mediporta digitalizację zdjęć radiologicznych do formatu DICOM. Zgodnie z § 1 ust. 1 ww. umowy jej przedmiotem jest „wdrożenie i utrzymanie Platformy Mediporta (zwanej dalej Platformą) - systemu informatycznego wspomagającego pracę podmiotów wykonujących działalność leczniczą”, a w myśl ust. 3 „utrzymanie Platformy polegać będzie na świadczeniu przez Usługodawcę na rzecz Usługobiorcy usługi dostępu do elementów Platformy działających w oparciu o zasoby informatyczne Usługodawcy (zwanych dalej Komponentami Chmurowymi) oraz serwisowania elementów Platformy działających w oparciu o zasoby informatyczne Usługobiorcy (zwanych dalej Komponentami Lokalnymi)”. Ponadto zgodnie z § 3 ust. 2 niniejszej umowy strony zgodnie oświadczyły, że Usługobiorca ponosi wyłączną odpowiedzialność za wypełnienie wszelkich ciężących na nim – jako podmiocie wykonującym działalność leczniczą – obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa, a w szczególności za m.in. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Jednocześnie wskazać należy, iż Odwołujący w wyjaśnieniach złożonych w dniu 12 lutego 2017 roku, oświadczył, iż „... nie posiadam tytułu prawnego do korzystania z urządzenia umożliwiającego odwzorowanie cyfrowe analogowych zdjęć rentgenowskich w standardzie DICOM”. Z treści zacytowanego wyżej oświadczenia Odwołującego jednoznacznie wynika, iż nie posiada on urządzenia służącego do odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej niż elektroniczna postaci, w tym zdjęć radiologicznych lub dokumentacji utworzonej w postaci papierowej w takim formacie i z zachowaniem takich standardów, które zapewnią czytelność, dostęp i spójność dokumentacji, a więc z zachowaniem formatu DICOM. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na oświadczenie Odwołującego złożone w ww. wyjaśnieniach, które brzmi „ponadto oprogramowanie dostarczone przez firmę Mediporta umożliwia zapis jak i eksport danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową w standardzie DICOM”. Z kolei we wcześniejszych wyjaśnieniach (z dnia 8 lutego 2017 roku), Odwołujący wskazał, że „posiadane przeze mnie oprogramowanie dostarczone przez firmę Mediporta umożliwia odtworzenie i zarchiwizowanie dostarczonych przez pacjenta zdjęć radiologicznych w dopuszczalnym formacie wymiany danych – standard DICOM”. Jako potwierdzenie swoich twierdzeń wskazał załączoną do przedmiotowych wyjaśnień umowę na świadczenie usług nr 2017/01/WP/263. Analiza dostępnych dokumentów, wiedzie do wniosku, że twierdzenia Odwołującego nie znajdują oparcia ani w treści umowy zawartej z Mediporta sp. z o.o., ani w pozostałym materiale dowodowym. Jako niezajdującą potwierdzenia w materiale dowodowym należy również uznać podnoszoną przez Odwołującego w złożonym odwołaniu okoliczność, że „... ogólnodostępne i darmowe oprogramowanie używane również przez firmę Mediporta umożliwia eksport plików DICOM do obrazów JPEG i BMP oraz plików WMV... ”.

Skoro pełnomocnik Odwołującego w odpowiedzi na wezwanie do przedstawienia dokumentu, z którego będzie wynikać spełnienie przez niego warunku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej ograniczył się jedynie do przytoczenia wybranych części uzasadnienia wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 7 grudnia 2017 roku, sygn. akt III SA/Po 681/17, nie przedstawił też żadnych innych twierdzeń czy dokumentów uprawdopodobniających spełnienie wymogów określonych w rozdziale 9 Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej § 81 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, to uznać należy, iż nie jest w stanie wykazać spełnienia tego warunku.

W tym miejscu wskazać należy, iż w myśl § 5 ust. 1 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 oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej. Zatem, skoro istnieje możliwość zadeklarowania przez oferentów przedmiotowego warunku rankingującego i otrzymania za jego spełnienie dodatkowych punktów w rankingu oceny, to oferent deklarujący jego spełnianie winien spełniać wszystkie przewidziane prawem wymagania dla tegoż warunku. Nadto nie sposób wykluczyć w żaden sposób, iż w trakcie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych zaistnieje konieczność odwzorowania zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej. Wówczas koniecznym byłoby odwzorowanie tych zdjęć z zachowaniem standardu DICOM. Podkreślić należy, iż świadczeniodawca deklarujący w prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej spełnienie warunków dodatkowo ocenianych dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, a wynikających z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, winien spełniać wszystkie warunki określone w przepisach obowiązującego prawa dla dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Oczywistym jest bowiem, że świadczeniodawca, który chce korzystać z dobrodziejstw wynikających z deklarowania spełniania określonych kryteriów wyboru oferty, zobowiązany jest do ich spełnienia, nawet jeśli aktualne otoczenie prawne czy funkcjonalne nie będzie pozwalało na ich praktyczne wykorzystanie. Ponadto należy w tym miejscu nadmienić, iż od podmiotów gospodarczych wymagana jest większa staranność, aniżeli od osób nimi nie będącymi, co wynika z treści art.355 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 459), który stanowi „*należyta staranność dłużnika w zakresie*

prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności". W literaturze prezentowany jest pogląd, podzielany przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którym uwzględnienie zawodowego charakteru działalności pociąga za sobą zwiększenie zakresu odpowiedzialności przedsiębiorcy (tak M. Safjan, [w:] K. Pietrzykowski, *Komentarz do art. 1-449(11) KC*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2008 r., s. 936). Jak wskazuje orzecznictwo, wymóg należytej staranności, przy uwzględnieniu zawodowego charakteru prowadzonej działalności, uzasadnia zwiększone oczekiwania co do umiejętności, wiedzy, skrupulatności i rzetelności, zapobiegliwości i zdolności przewidywania. Obejmuje także znajomość obowiązującego prawa oraz następstw z niego wynikających w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 sierpnia 1993 r., sygn. akt III CRN 77/93).

Biorąc powyższe pod uwagę wskazać należy, iż fakt niespełniania przez Odwołującego warunku koniecznego do prowadzenia ww. indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, jakim jest jej prowadzenie w systemie teleinformatycznym zapewniającym w szczególności eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych pozostaje standard DICOM, stanowi samodzielną podstawę do odrzucenia oferty Odwołującego i nieuwzględnienia odwołania.

Jednocześnie zwrócić należy uwagę, iż warunek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta w postaci elektronicznej w postępowaniu nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 miał charakter rankingujący, a zatem oferent mógł udzielić odpowiedzi negatywnej, z czym nie wiązałyby się ujemne konsekwencje. Natomiast, w sytuacji w której oferent deklaruje w ofercie spełnienie ww. warunku, oświadcza, że taką dokumentację prowadzi i to zgodnie ze wszystkimi wymogami jakie przewidują wydane w tym zakresie przepisy prawa. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w świetle ustalonego stanu faktycznego, Odwołujący nie miał podstaw do tego aby zaznaczyć w ofercie, iż w dniu składania oferty spełnia zadeklarowany warunek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, a komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prawidłowo odrzuciła tę ofertę, na podstawie art. 149 ust.1 pkt 2 Ustawy jako zawierającą nieprawdziwe informacje i nie uwzględniła złożonego przez Odwołującego protestu. Nie sposób zgodzić się z zarzutem Odwołującego, iż komisja konkursowa winna wskazać Odwołującemu, iż może zmienić udzieloną odpowiedź, albowiem nie jest w stanie spełnić jej w sposób prawidłowy. W tym miejscu podkreślić należy, iż sformułowanie pytania ankietowego dotyczącego warunku rankingującego prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jest jednoznaczne i nie

budzi wątpliwości interpretacyjnych, a zatem komisja konkursowa nie miała podstaw do korygowania odpowiedzi oferentów w tym zakresie.

Ponadto wskazać należy, iż Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie znajduje podstaw dla negocjowania warunków wyboru ofert, uznając te ostatnie za jednoznaczne, precyzyjne, pozbawione sprzeczności oraz niedyskryminujące oferenta wobec funduszu. Oferent, który w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kwalifikowany jest jako podmiot profesjonalnie trudniący się świadczeniem oferowanych przez siebie usług oraz jako przedsiębiorca w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity; Dz. U. z 2016 r. poz. 1829 ze zm.) zobowiązany jest do dokonania szczególnej staranności przy czynnościach związanych zawarciem ww. umowy oraz przestrzegania przewidzianych prawem warunków. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia stoi na stanowisku, że oferta zawierająca nieprawdziwą informację, w zakresie odpowiedzi na pytanie ankietowe będące jednym z pytań dodatkowo punktowanych, a zatem mających wpływ na ostateczny kształt rankingu, a w rezultacie i na wynik postępowania konkursowego, podlega w tymże postępowaniu obligatoryjnemu odrzuceniu. Pojęcie „nieprawdziwe informacje”, do którego odwołuje się przepis art.149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, oznacza takie działanie oferenta, który by uzyskać pozytywne dla siebie rozstrzygnięcie, podaje informacje, które nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że z zasady równego traktowania oferentów wynika obowiązek organu stosowania takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być przez nich spełnione celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym informowania wszystkich oferentów o tychże wymaganiach (tak np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 16 października 2015r., sygn. akt II GSK 2006/14 oraz wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 lutego 2014r., sygn. akt II GSK 1961/12). W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia sankcją za zawarcie w ofercie nieprawdziwych informacji winno być odrzucenie takiej oferty na podstawie art.149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Należy w tym miejscu podkreślić, że chodzi tu o tego rodzaju informacje, których podanie w ofercie w sposób niezgodny z prawdą mogłoby mieć, przynajmniej potencjalnie, wpływ na wynik konkursu. W przypadku podania nieprawdziwych informacji w odpowiedzi na pytania rankingujące (dodatkowo punktowane), interes prawny innych oferentów może doznać uszczerbku, którego wystąpienie w świetle art. 152 ust. 1 Ustawy właśnie uprawnia ich do skorzystania ze środków odwoławczych.

Zaznaczyć w tym miejscu należy, że treść wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 7 grudnia 2017 roku, sygn. akt: III SA/Po 681/17 uchylającego decyzję nr 59/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2017 roku i poprzedzającą ją decyzję nr 10/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 maja 2017 roku, nie przesądza jakiej treści rozstrzygnięcie organu winno znaleźć się w decyzji wydanej na skutek ponownego rozpoznania odwołania, zwłaszcza w

kontekście zalecenia Sądu odnośnie ponownego i wnikliwego przeanalizowania stanu faktycznego w sprawie. W niniejszym postępowaniu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zastosował się do wytycznych Sądu i dokonał analizy materiału dowodowego, tj. umowy zawartej przez Odwołującego z Mediporta sp. z o.o., wyjaśnień i oświadczeń składanych przez Odwołującego oraz załączonych do nich innych dokumentów. Nadto, w wykonaniu wytycznych Sądu, pismami z dnia 15 lutego 2018 roku i z dnia 8 marca 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wezwał Odwołującego do przedstawienia dokumentu, z którego będzie wynikać możliwość odwzorowania zdjęć radiologicznych do formatu DICOM zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale 9 Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej § 81 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Wskazania w tym miejscu wymaga, że spornym w niniejszej sprawie jest właśnie ustalenie czy Odwołujący spełnia ww. warunek. Skoro analiza umowy i innych dokumentów złożonych przez Odwołującego na etapie postępowania konkursowego oraz wszczętego na skutek złożonego odwołania, postępowania administracyjnego, nie potwierdziła możliwości odwzorowywania cyfrowego analogowych zdjęć radiologicznych do formatu DICOM przez Odwołującego, to wobec nieprzedstawienia przez Odwołującego, mimo dwukrotnego wezwania, dokumentu, z którego będzie wynikać możliwość odwzorowania zdjęć radiologicznych do formatu DICOM oraz niezłożenia innych oświadczeń czy dokumentów uprawdopodobniających spełnienie ww. wymogów, w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia okoliczność ta stanowi samodzielną podstawę do odrzucenia oferty Odwołującego i nieuwzględnienia odwołania.

Biorąc powyższe ustalenia pod uwagę stwierdzić należy, iż po ponownym rozpoznaniu odwołania Odwołującego dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, wniesionego przez ST Medical sp. z o.o. na skutek wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 7 grudnia 2017 roku, sygn. akt: III SA/Po 681/17 uchylającego decyzję nr 59/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2017 roku i poprzedzającą ją decyzję nr 10/2017/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 maja 2017 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia stwierdza, iż w odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000061/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 marca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju

opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych w sposób naruszający interes prawny Odwołującego.

Wobec powyższego należy oddalić wniesione odwołanie i orzeczone jak w sentencji.

.....
DIREKTOR
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Poznań

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity; Dz. U. 2017, poz. 1938 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 wobec 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.

Wykonano w 4 egzemplarzach:

1. Piotr Szwedowski pełnomocnik Odwołującego ST Medical sp. z o.o. – 1 egz.,
2. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wlkp. – 1 egz.,
3. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Marciniak-Pilarska – Wydział Organizacyjny.