

WO-DO.422.5.2022

Poznań, dnia 9 września 2022 roku

DECYZJA NR 5/2022/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 735 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 29 lipca 2022 roku postępowania nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym na obszarze powiatu gnieźnieńskiego, wniesionego przez Zbigniewa Olesińskiego, prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą NZOZ TRZEMESZAŃSKA RODZINNO-SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA „LUXMED” w Trzemesznie (62-240), ul. Langiewicza 2, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie pełnomocnictwa nr 85/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2021 roku,

oddala odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ogłosił w dniu 19 maja 2022 roku na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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. poz. 1858), postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym na obszarze powiatu gnieźnieńskiego.

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 1 200 920,16 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2022 roku do dnia 31 grudnia 2022 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 29 lipca 2022 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 Prezesa Funduszu, 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 konkursowej 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 Prezes 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 Funduszu.

W postępowaniu nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna

w zakresie świadczenia w hospicjum domowym na obszarze powiatów: Poznań, poznański, złożono 4 (słownie: cztery) oferty:

- 1) oferta 15-22-000177[15/1]-0001/00 złożona przez oferenta Bartosz Bentkowski, Ewa Bentkowska, ul. Olsztyńska 16, 62-200 Gniezno,
- 2) oferta 15-22-000177[15/1]-0002/00 złożona przez oferenta „SALOMED” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wolności 4a, 62-200 Gniezno,
- 3) oferta 15-22-000177[15/1]-0003/00 złożona przez oferenta SANCOR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Św. Michała 19/1, 62-200 Gniezno,
- 4) oferta 15-22-000177[15/1]-0004/00 złożona przez oferenta Zbigniewa Olesińskiego, ul. Langiewicza 2, 62-240 Trzemeszno.

Postępowanie nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym na obszarze powiatu gnieźnieńskiego prowadzone było w oparciu, w szczególności, o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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. poz. 1858),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787 z późn. 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. poz. 1372 z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”,
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262),
- zarządzenia nr 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna,
- zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.),

o czym informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 19 maja 2022 roku.

Działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 odrzuciła ofertę złożoną przez Zbigniewa Olesińskiego, prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą NZOZ TRZEMESZAŃSKA RODZINNO-SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA „LUXMED” w Trzemesznie (62-240), ul. Langiewicza 2, jako niespełniającą 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.

Warunki wymagane spełniało 3 (słownie: trzech) oferentów. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkowało dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert na dokonanie oceny i porównanie ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowych 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”:

- lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny paliatywnej:
 - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych (10,00 punktów);
 - co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych (15,00 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
- lekarze z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych:
 - tak (10,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej:

- co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych (5,00 punktów);
 - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych (10,00 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
 - pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych:
 - tak (10,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
 - specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog, lub psychoonkolog – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- b) 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 (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, 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, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - 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 (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- c) kategorii „Pozostałe warunki” – część wspólna:
- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (0,00 punktów);

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

3. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- 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 (0,00 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:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);

4. Inne warunki oceniane:

- współpraca z Agencją – przekazywanie przez świadczeniodawcę w terminie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

5. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 25,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

W dniu 29 lipca 2022 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert jako podmioty, z którymi zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym na obszarze powiatu gnieźnieńskiego wskazano oferentów:

- 1) „SALOMED” Spółka z o.o., 62-200 Gniezno, ul. Wolności 4A (miejsce udzielania świadczeń: Gniezno, ul. Wolności 4A),
- 2) Bartosz Bentkowski, Ewa Bentkowska, 62-200 Gniezno, ul. Olsztyńska 16 (miejsce udzielania świadczeń: Gniezno, ul. Chudoby 16A),
- 3) SANCOR Spółka z o.o., 62-200 Gniezno, ul. Św. Michała 19/1 (miejsce udzielania świadczeń: Gniezno, ul. Św. Michała 19/1).

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania konkursowego i spełniających warunki wymagane, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)								
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA						DECYZJA O WYBORZE OFERTY
		ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. Bartosz Bentkowski, Ewa Bentkowska	62-200 Gniezno, ul. Chudoby 16A	25,00	29,00	0,00	10,00	0,00	64,00	TAK

2.	SANCOR Spółka z o.o.	62-200 Gniezno, ul. Św. Michała 19/1	12,5	39,00	0,00	10,00	0,00	61,50	TAK
3.	„SALOMED” Spółka z o.o.	62-200 Gniezno, ul. Wolności 1a	16,38	40,00	0,00	5,00	0,00	61,38	TAK

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 w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Opieka paliatywna i hospicyjna” część 2. „2. Przedmiot postępowania: Hospicjum domowe dla dorosłych” oraz Tabeli nr 2 „Opieka paliatywna i hospicyjna – część wspólna” załącznika nr 11 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.).

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII. formularza ofertowego „Ankiety” oferty poddano ocenie w postępowaniu nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent: Bartosz Bentkowski, Ewa Bentkowska

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- na pytanie dotyczące czasu pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej przez co najmniej 50% albo co najmniej 75% czasu wszystkich lekarzy hospicjum domowego, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia fizjoterapeuty - równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 6,00 punktów;

- na pytanie dotyczące czasu pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej przez co najmniej 25% albo co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog, lub psychoonkolog – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;

- na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;

3) Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;

III. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

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

IV. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących.

W zakresie kryterium ceny oferent Bartosz Bentkowski, Ewa Bentkowska zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 63,16 zł, za co otrzymał 25,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty.

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.

Oferent: SANCOR Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- na pytanie dotyczące czasu pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej przez co najmniej 50% albo co najmniej 75% czasu wszystkich lekarzy hospicjum domowego, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia fizjoterapeuty - równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 6,00 punktów;
- na pytanie dotyczące czasu pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej udzielił odpowiedzi: „przez co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog, lub psychoonkolog – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;

- na pytanie o obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co przyznano 1,00 punkt ujemny;
- na pytanie o przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;

3) Pozostałe warunki:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, natomiast w wyniku weryfikacji powyższego przez komisję konkursową ustalono, że oferent nie spełniał ww. warunku rankingującego, stąd też nie przyznano punktów za to kryterium;

III. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

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

IV. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących.

W zakresie kryterium ceny oferent SANCOR Spółka z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 70,18 zł, za co otrzymał 12,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty.

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.

Oferent: „SALOMED” Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakości:

1) Personel:

- na pytanie dotyczące czasu pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej przez co najmniej 50% albo co najmniej 75% czasu wszystkich lekarzy hospicjum domowego, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia fizjoterapeuty - równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 6,00 punktów;
- na pytanie dotyczące czasu pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej udzielił odpowiedzi „przez co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych - co najmniej 40% czasu pracy

wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;

- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog, lub psychoonkolog – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- na pytanie o brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, za co nie przyznano punktów ujemnych;

3) Pozostałe warunki:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;

III. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

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

IV. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących.

W zakresie kryterium ceny oferent „SALOMED” Spółka z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 68,00 zł, za co otrzymał 16,38 punktów w dokonywanej ocenie oferty.

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.

Oferta złożona przez Zbigniewa Olesińskiego, prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą NZOZ TRZEMESZAŃSKA RODZINNO-SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA „LUXMED” w Trzemesznie (62-240), ul. Langiewicza 2, jako oferta odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, **nie podlegała ocenie**. Wobec powyższego brak jest podstaw do prezentacji udzielonych w jej treści odpowiedzi na pytania rankingujące, a to z uwagi na fakt, że przedstawiona punktacja przedmiotowej oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości oświadczeń co do zadeklarowanych kryteriów, podlegających dodatkowemu punktowaniu, byłaby wyłącznie hipotetyczna. Niniejsze postępowanie, w zakresie odwołania wniesionego przez Zbigniewa Olesińskiego, ma na celu ocenę prawidłowości działania komisji konkursowej w zakresie podjęcia decyzji o odrzuceniu jego oferty oraz czy w tym zakresie naruszono jego interes prawny.

Rozstrzygnięcie postępowania nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 nastąpiło w dniu 29 lipca 2022 roku.

W dniu 9 sierpnia 2022 roku, drogą pocztową, do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 (data nadania w placówce pocztowej: 5 sierpnia 2022 roku), wniesione przez Zbigniewa Olesińskiego, prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą NZOZ TRZEMESZAŃSKA RODZINNO-SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA „LUXMED” w Trzemesznie (62-240), ul. Langiewicza 2, zwanego dalej „Odwołującym”. Odwołanie zostało wniesione w przewidzianym do tego terminie.

We wniesionym odwołaniu zarzucono:

- 1) obrazę art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach poprzez jego błędne zastosowanie i odrzucenie oferty przed merytorycznym rozpoznaniem z uwagi na przyjęcie, że oferta Odwołującego nie spełnia warunków wymaganych określonych dla zakresu świadczenia w hospicjum domowym;
- 2) obrazę przepisów postępowania, a w szczególności art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach poprzez jego niezastosowanie i odrzucenie oferty pomimo złożenia dodatkowych dokumentów i wyjaśnień w zakreślonym we wskazanej regulacji terminie;
- 3) wadliwe ustalenia faktyczne poprzez przyjęcie, że:
 - a) oferta Odwołującego nie spełnia kryteriów wymaganych w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym w zakresie personelu oraz wymaganej ilości sprzętu, która powinna być wykazana w ofercie, co miało wskazywać, że oferent nie spełnia warunków wymaganych dla zakresu świadczenia w hospicjum domowym,
 - b) w ofercie Odwołującego nie wykazano posiadania przez niego chodzików, które są tożsame z urządzeniem nazwanym „balkonikiem rehabilitacyjnym”,
 - c) Odwołujący nie wskazał w wykazie zasobów faktu posiadania odpowiedniej liczby glukometrów.

Wobec podniesionych zarzutów Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie z nim postępowania w trybie rokowań.

W uzasadnieniu Odwołujący wskazał, że wobec odrzucenia jego oferty złożył sprzeciw, w którym wskazał na wadliwą podstawę faktyczną i prawną odrzucenia oferty, domagając się powtórzenia zaskarżonej czynności i merytorycznego rozpoznania jego oferty, który jednak nie został uwzględniony, co skutkowało wyeliminowaniem jego oferty z postępowania konkursowego.

Podniósł ponadto, że jego zdaniem ocena treści złożonej oferty nie jest trafna, bowiem wniesiona przez niego oferta jest prawidłowa, a w szczególności kompletna i zgodna z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Wskazał, że brak merytorycznego rozpoznania oferty jest pozbawiony podstawy prawnej i faktycznej, jak również sprzeczny z celem przeprowadzanego konkursu ofert, a zatem koniecznością zapewnienia pacjentom korzystającym z usług hospicjum domowego optymalnej opieki medycznej, ciągłości leczenia przez wysoko wykwalifikowany personel. Oświadczył również, że przedmiotową działalność prowadzi od 2004 roku, zaś na terenie Węglewa – w okresie ostatnich 5 lat, a także że nigdy nie było zastrzeżeń do świadczonych przez niego usług. W tym czasie zgromadził wystarczającą ilość odpowiedniego sprzętu medycznego, jak również zgromadził wykwalifikowany zespół lekarzy, pielęgniarek, psychologa, którzy są w stanie zapewnić najwyższy spośród podmiotów startujących w konkursie standard usług. Jednak wobec wadliwej oceny jego oferty i kwestionowania jej prawidłowości w zakresie drobnego sprzętu, który faktycznie jest w posiadaniu Odwołującego, została ona odrzucona, podczas gdy była najlepsza.

Według Odwołującego nie jest trafna ocena komisji dotycząca tego, że nie wykazał on w sposób prawidłowy posiadanego sprzętu wymaganego rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych. Nie jest również prawdą, aby oferent nie wykazał w części V Formularza ofertowego (Wykaz zasobów) faktu posiadania glukometrów i chodzików. Jego zdaniem w tym zakresie oferta była pełna, zaś w wyjaśnieniach z dnia 27 czerwca 2022 roku oświadczył, że posiada wymaganą przepisami prawa ilość sprzętu, szczegółowo go wyliczając. Nie było to zatem oświadczenie nowe, tylko co najwyżej uszczegółowienie deklaracji złożonej w ofercie. Wskazał przy tym, że w piśmie z dnia 8 lipca 2022 roku komisja konkursowa nie sprecyzowała jakiego sprzętu w jej ocenie brakuje w ofercie, co uniemożliwia precyzyjne odniesienie się do takiego stanowiska.

Odwołujący podkreślił również, że w ramach poprzednio realizowanej umowy w lipcu 2017 roku w podmiocie leczniczym przeprowadzono kontrolę Funduszu, która w zakresie posiadanego sprzętu nie wykazała żadnych braków. Wskazał, że od tego czasu sprzętu przybyło i aktualnie posiada go o wiele więcej aniżeli wynika to z obowiązujących przepisów. W tym miejscu szczegółowo wymienił, że posiada co najmniej 30 glukometrów i 6 chodzików (balkoników). Wszystkie te

urządzenia znajdowały się w posiadaniu Odwołującego w dniu złożenia oferty, a sposób jej przedstawienia był wystarczający do tego, aby ją merytorycznie rozpatrzyć.

Odwołujący zarzucił ponadto fakt kwestionowania przez komisję konkursową kompletności jego oferty, w szczególności w kontekście drobnego sprzętu, jakim są glukometry czy chodziki. W jego ocenie nie doszło do przekroczenia przez niego terminu do prawidłowego złożenia oferty, a w szczególności nie uzasadniało to zastosowania § 18 zarządzenia 18/2017/DSOZ, bowiem jest to akt prawny niższego rzędu niż ustawa i nie może kształtować uprawnień strony w sposób odmienny niż wynika to z przepisów prawa wyższego rzędu. Powołał w tym miejscu art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach wskazując, że etap uzupełnienia oferty, w zakresie, w jakim komisja uzna to za celowe, upływa w dniu wskazanym w wezwaniu do uzupełnienia braków, a zatem dopiero w tym momencie, w przypadku ich nieuzupełnienia, komisja ma prawo ofertę odrzucić. Odwołujący podniósł, że komisja konkursowa wadliwie zastosowała art. 149 Ustawy uznając, że ofertę uzupełniono po terminie. W tym miejscu przywołał fragment uzasadnienia wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 5 lutego 2015 r. o sygn. akt. IV SA/Po 1084/14: *„W sytuacji gdy stwierdzona nieprawidłowość nie stanowi w sposób oczywisty celowego działania świadczeniodawcy, rolą komisji było wyjaśnienie rozbieżności w zadeklarowanych przez skarżących wartościach. Brak części oferty, jak również brak podpisu na jednej ze stron oferty stanowi brak formalny, który podlega uzupełnieniu na wezwanie komisji”* (fragment zacytowano z treści odwołania, nie stanowi on natomiast jednolitego fragmentu z treści samego uzasadnienia do ww. wyroku, bowiem oba zacytowane zdania zostały wybrane z różnych części tego rozstrzygnięcia).

Zdaniem Odwołującego, skoro komisja konkursowa nie odrzuciła jego oferty od razu, a wezwała go do uzupełnienia braków formalnych oferty poprzez jej sprecyzowanie, podanie przez niego w wyznaczonym terminie dodatkowych informacji czy wyjaśnień powoduje, że Odwołujący znajdował się pod ochroną instytucji „uzupełnienia braków formalnych”, a zatem brak było podstaw do odrzucenia oferty. Podkreślił również, że braki wskazywane przez komisję są czysto formalne, w oderwaniu od stanu faktycznego, czyli rzeczywistych zasobów sprzętowych Odwołującego. W jego ocenie istotne znaczenie mają rzeczywiście posiadane zasoby i możliwości prawidłowej opieki nad pacjentami. Odwołujący ponownie zaakcentował wysoki poziom kwalifikacji zawodowych personelu medycznego przez niego zatrudnionego, który stale podnosi swoje kwalifikacje zawodowe poprzez ukończenie studiów wyższych (pielęgniarki), specjalistycznych kursów i szkoleń, natomiast w przypadku dwóch lekarzy – poprzez rozpoczęcie specjalizacji w zakresie medycyny paliatywnej, której ukończenie planowane jest w 2023 roku.

Odwołujący wskazał jako oczywiste posiadanie przez niego interesu prawnego w rozpoznaniu jego odwołania, bowiem odrzucenie jego oferty i nie rozpatrzenie jej w ramach prowadzonego

postępowania konkursowego powoduje wykluczenie go z uczciwej i rzeczowej rywalizacji z innymi podmiotami oferującymi analogiczne usługi, jak również pozbawia pracy osób przez niego zatrudnionych, a pacjentów świadczeń do tej pory przez niego świadczonych w ramach dotychczasowej umowy. Podkreślił też prawo pacjenta do wyboru lekarza czy pielęgniarki, do których ma zaufanie, a także prawo do ciągłości leczenia przez osobę posiadającą najwyższe kwalifikacje.

Pismami z dnia 12 sierpnia 2022 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działający w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, poinformował strony niniejszego postępowania o wszczęciu postępowania administracyjnego w sprawie z wniesionego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, a także o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.), w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronom prawie wglądu w akta sprawy.

W dniu 23 sierpnia 2022 roku z uprawnienia do wglądu w akta sprawy skorzystali: w imieniu oferenta Bartosz Bentkowski i Ewa Bentkowska – oboje wspólnicy, natomiast w imieniu oferenta „SALOMED” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością - Prezes Zarządu. Z kolei w dniu 29 sierpnia 2022 roku z prawa zapoznania się z aktami postępowania administracyjnego w imieniu oferenta SANCOR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, skorzystał prokurent spółki. W dniu 2 września 2022 roku z uprawnienia do wglądu w akta postępowania skorzystał Odwołujący wraz z pełnomocnikiem. Do akt dołączono poświadczony za zgodność z oryginałem odpis pełnomocnictwa dla adw. [REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE] udzielone przez Zbigniewa Olesińskiego w zakresie dotyczącym reprezentacji Odwołującego w prowadzonym postępowaniu.

Na skutek wniesionego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 29 lipca 2022 roku postępowania numer 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2027 roku w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym na obszarze powiatu gnieźnieńskiego, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w odwołaniu. Rozpatrzone zostały ponadto zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01

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

Upředzając jedynie szczegółowe odniesienie się do zarzutów Odwołującego, dotyczących przebiegu postępowania konkursowego nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w kontekście analizy, czy doszło do naruszenia jego interesu prawnego, należy przede wszystkim wskazać, że istota prowadzonego postępowania administracyjnego skupia się w tym konkretnym przypadku na kwestii oceny prawidłowości postępowania komisji konkursowej, która prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, odrzuciła ofertę Odwołującego jako niespełniającą warunków wymaganych, o których mowa w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Powyższe zaakcentował również Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 8 stycznia 2015 r. o sygn. II GSK 2056/13 wskazując, że „*W sprawie, w której ofertę skarżącej odrzucono, istota sporu dotyczy zasadności tego odrzucenia.*”. Nie podważając zatem posiadania przez Odwołującego interesu prawnego w rozpatrzeniu wniesionego przez niego odwołania należy wskazać, że zgodnie z ww. poglądem, jest on ograniczony do badania zasadności odrzucenia jego oferty.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym przede wszystkim wymagane kwalifikacje personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, określają wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 31d Ustawy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym zastosowanie w tym względzie znalazło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2022 poz. 262 z późn. zm.), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”. Ponadto Prezes Funduszu – na podstawie art. 146 ust. 1 Ustawy – określił przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz 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 oraz mając na uwadze konieczność stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej. W drodze delegacji, o której mowa w art. 146 Ustawy, Prezes Funduszu wydał zarządzenie obejmujące istotne zagadnienia związane z postępowaniem prowadzonym w trybie konkursu ofert, określając jednocześnie szczegółowe warunki zawierania oraz realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie ww. umowy (oferent) ma obowiązek przygotować

i złożyć ofertę zgodnie z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania i realizacji umów. Dla przedmiotowego postępowania zastosownie znalazło w tym względzie zarządzenie nr 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zwane dalej: „zarządzeniem 196/2021/DSOZ”.

Wyrazem realizacji zasady zapewniającej równe traktowanie świadczeniodawców są również określone przez Ministra Zdrowia szczegółowe kryteria oceny ofert. Dla przedmiotowego postępowania zostały one określone w Załączniku 11. „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna” w Tabeli nr 1. „Opieka paliatywna i hospicyjna” część 2. „2. Przedmiot postępowania: Hospicjum domowe dla dorosłych” oraz w Tabeli nr 2. Opieka paliatywna i hospicyjna - część wspólna” 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 z późn. zm.), zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”. Pozwalają one z kolei na ocenę oferty ponad warunki wymagane i umożliwiają – zgodne z zasadami uczciwej konkurencji – sporządzanie oferty przez uczestników postępowania konkursowego w oparciu o takie same kryteria dotyczące jakości, kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń. Jednocześnie, co istotne, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

W toku prowadzonego postępowania nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 oferta złożona przez Odwołującego została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnianie warunków wymaganych, tj. brak w złożonej ofercie wymaganego przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych sprzętu w liczbie wymaganej i adekwatnej do realizacji świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, pomimo że Odwołujący zadeklarował w złożonej w ofercie, że *„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 miniejszego postępowania”*.

Odwołujący zakwestionował powyższe stanowisko wskazując m.in., że ocena dokonana przez komisję konkursową, jakoby nie wykazał w sposób prawidłowy posiadanego sprzętu – wymaganego

do realizacji umowy w ww. zakresie, jest oceną nietrafną i nie jest prawdą, że nie wykazano w ofercie faktu posiadania glukometrów i chodzików.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego dotyczącego błędu w ustaleniach faktycznych należy przede wszystkim wskazać, że wykaz sprzętu wymaganego do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie został wskazany w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych – załącznik nr 2 „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej”, część II „Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych” pkt 3 „Sprzęt medyczny i pomocniczy”. W ww. regulacji wskazano zatem, że wymaganym sprzętem medycznym i pomocniczym do realizacji ww. umowy są:

- 1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 świadczeniobiorców;
- 2) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 świadczeniobiorców;
- 3) inhalatory;
- 4) glukometry;
- 5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego;
- 6) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na 20 świadczeniobiorców;
- 7) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie;
- 8) neseser pielęgniarstwa dla każdej pielęgniarki wyposażony zgodnie z wymogami wskazanymi w rozporządzeniu.

Należy również w tym miejscu zaznaczyć, że wykładnia literalna powyższego wyliczenia wiedzie do jednoznacznego wniosku, że większość z wymienionych sprzętów oferent musi posiadać w liczbie co najmniej dwóch (inhalatory, glukometry, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, neseser pielęgniarstwa, przy czym w tym przypadku decyduje liczba zgłoszonego do realizacji umowy personelu pielęgniarstwa).

Dla pełnego zobrazowania, jaki sprzęt wykazał Odwołujący w złożonej ofercie, w tym miejscu warto przytoczyć treść części V. Formularza ofertowego „Wykaz zasobów” oraz w części VI. Formularza ofertowego „Szczegóły oferty – zasoby”.

I tak, w złożonej ofercie do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 Odwołujący zadeklarował w zakresie liczby świadczeń – 1380 punktów, co przy uwzględnieniu deklarowanej liczby godzin pracy personelu pozwoliło na określenie, że oferta dotyczyła objęcia opieką 15 pacjentów hospicjum domowego.

W zakresie posiadanego sprzętu Odwołujący wskazał w ofercie:

- 1) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego – ilość 1 w lokalizacji (wymagany co najmniej 1 w miejscu udzielania świadczeń),
- 2) neseser pielęgniarski z wyposażeniem – ilość 2 w lokalizacji (wymagany dla każdej pielęgniarki – Odwołujący wskazał w ofercie 3 osoby personelu pielęgniarskiego, a zatem ilość wymagana w tym przypadku to co najmniej 3 w miejscu udzielania świadczeń),
- 3) kula lub laska rehabilitacyjna – ilość: 1 w lokalizacji i 1 w miejscu udzielania świadczeń (wymagana ilość: co najmniej 2 dla każdego rodzaju, tj. co najmniej 2 kule i co najmniej 2 laski, a łącznie co najmniej 4 w miejscu udzielania świadczeń),
- 4) balkonik rehabilitacyjny – ilość 2 w miejscu udzielania świadczeń (wymagana ilość: co najmniej 2 w miejscu udzielania świadczeń),
- 5) wózek inwalidzki – ilość 1 w miejscu udzielania świadczeń (wymagana ilość co najmniej 2 w miejscu udzielania świadczeń),
- 6) nebulizator – ilość: 3 w lokalizacji, 1 w miejscu udzielania świadczeń (wymagana ilość: co najmniej 2 w miejscu udzielania świadczeń)
- 7) koncentrator tlenu – ilość 2 w miejscu udzielania świadczeń (wymagana ilość w stosunku do oferty: 2 w miejscu udzielania świadczeń),
- 8) ssak elektryczny – ilość: 1 w lokalizacji i 1 w miejscu udzielania świadczeń (wymagana ilość w stosunku do oferty: 2 w miejscu udzielania świadczeń),
- 9) pompa infuzyjna – ilość 3 w miejscu udzielania świadczeń (wymagana ilość w stosunku do oferty: 1 w miejscu udzielania świadczeń).

Mając na względzie przedstawione zestawienie nie jest zatem prawdą, że w toku prowadzonego postępowania konkursowego poczyniono błędne ustalenia faktyczne, a oferta Odwołującego zawierała wykaz sprzętu i aparatury medycznej wymaganych przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Co istotne, wbrew temu, co zarzuca Odwołujący, jego oferta nie została odrzucona z uwagi na brak wymaganego personelu do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, co w sposób jednoznaczny wynika zarówno z zawiadomienia o odrzuceniu oferty z dnia 8 lipca 2022 roku, jak również z powiadomienia oferenta o odrzuceniu protestu z dnia 20 lipca 2022 roku. W tym zakresie zarzut jest zatem chybiony.

Przede wszystkim Odwołujący w złożonej ofercie nie wykazał w ogóle glukometrów (w ilości co najmniej 2) oraz chodzików (w ilości co najmniej 2), a zatem zarzut dotyczący poczynienia błędnych ustaleń faktycznych poprzez uznanie przez komisję konkursową, że w wykazie zasobów w ofercie nie wykazał odpowiedniej liczby glukometrów, jest w całości bezprzedmiotowy. W ocenie Funduszu niezasadny pozostaje również argument, że oferta została zakwestionowana w zakresie – jak ujął to

Odwołujący – „*drobnego sprzętu jakim są glukometry czy chodziki*”. Skoro ww. sprzęt został wskazany w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych jako wymagany, co należy jednoznacznie rozumieć jako niezbędny i konieczny do tego, aby w ogóle ubiegać się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to bez znaczenia jest to, czy jest to sprzęt „drobny”, aczkolwiek za taki trudno uznać chodziki służące pacjentom do wspomagania poruszania się.

Natomiast w odniesieniu do neseserów pielęgniarских, wózków inwalidzkich, kul i lasek, nebulizatorów oraz ssaków elektrycznych, wskazana w ofercie Odwołującego ilość nie była zgodna z tą wymaganą przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych lub adekwatna w stosunku do deklarowanej w ofercie ilości pacjentów, których opieką deklarował objąć świadczeniodawca.

Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że warunki wymagane określone w przepisach prawa, jak również warunki określone przez Prezesa Funduszu, mają charakter warunków *sine qua non* uczestnictwa w postępowaniu. Formułowane są w taki sposób, że można je spełniać lub nie, zaś samo ich spełnianie nie podlega stopniowaniu. Z kolei niespełnienie 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, skutkuje na mocy art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy odrzuceniem takiej oferty.

W przedmiotowym postępowaniu Odwołujący nie wykazał w ofercie sprzętu wymaganego przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Mimo jego obecnych zapewnień, że sprzęt ten posiada albo posiada go w wymaganej i adekwatnej ilości, próżno doszukiwać się odzwierciedlenia tych deklaracji w złożonej w postępowaniu nr 15-22-000177/OPH15/1/15.2180.07.02/01 ofercie.

Nie jest uzasadniony zarzut Odwołującego, jakoby deklarowanie posiadania balkoników rehabilitacyjnych było tożsame z deklarowaniem posiadania chodzików. Należy przede wszystkim wskazać, że – co zostało już w sposób wyczerpujący opisane w niniejszej decyzji – wykaz wymaganego sprzętu i aparatury medycznej do realizacji świadczeń objętych przedmiotowym postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, został określony w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Wskazano tam w sposób jednoznaczny, że sprzętem wymaganym są zarówno balkoniki, jak również chodziki. Tym samym, zakładając racjonalność prawodawcy, gdyby ww. sprzęty mogły być traktowane zamiennie, znalazłoby to odzwierciedlenie w treści wskazanego rozporządzenia, chociażby poprzez użycie spójnika „lub”. Skoro natomiast Minister Zdrowia wymienił osobno balkoniki i osobno chodziki oznacza to, że warunki wymagane zostaną spełnione wtedy i tylko wtedy, gdy świadczeniodawca

będzie posiadał jeden i drugi rodzaj sprzętu, każdy w ilości co najmniej 2 sztuk, o czym z kolei świadczy wykładnia literalna przepisów ww. rozporządzenia.

Jednocześnie wydaje się uzasadnionym przyjęcie, że powyższe nie jest przypadkowe, bowiem zgodnie z ogólną wiedzą, którą bez wątpienia powinien posiadać świadczeniodawca ubiegający się o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, gdzie ww. sprzęt jest wymagany, nie mówiąc już o świadczeniodawcy, który od lat – jak pisze o sobie Odwołujący – realizuje świadczenia opieki zdrowotnej w tym zakresie, balkonik nie jest takim samym sprzętem jak chodzik. Należy zgodzić się z tym, że balkonik oraz chodzik to sprzęty rehabilitacyjne, które pełnią podobną funkcję – ich zadaniem jest wspomaganie utrzymania pionowej pozycji podczas poruszania się i oparcie masy ciała na stabilnej podpórcie. Balkonik to urządzenie odpowiednie dla osoby, która przejawia problem z chodzeniem, ale nie w zaawansowanym stadium. Balkoniki umożliwiają swobodniejsze przemieszczanie się, stanowiąc solidną podporę. Najczęściej wykonane są z aluminiowej konstrukcji o czterech nogach dodatkowo zabezpieczonych antypoślizgowo, dzięki temu są bezpieczną podporą na każdej powierzchni. Niektóre modele posiadają również możliwość regulacji wysokości nóg, umożliwiającą dostosowanie podpory do wzrostu użytkownika. Z kolei chodziki rehabilitacyjne są bardziej zaawansowaną formą podpory niż balkoniki. Wiele modeli wyposażonych jest dodatkowo w wygodne siedzisko, a przytwierdzone do chodzików kółka ułatwiają poruszanie się. Wybierając odpowiedni model podpory należy przede wszystkim uwzględnić zapotrzebowanie i siły samego pacjenta.

W kontekście całości powyższych rozważań należy podkreślić, że każdy oferent biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, załącza do oferty podpisane oświadczenie, w którym deklaruje m.in., że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania. Takie oświadczenie załączył do oferty również Odwołujący, stąd w ocenie Prezesa Funduszu brak jest podstaw by twierdzić, że warunków tych nie znał.

Komisja konkursowa prawidłowo również uznała, że niespełnienie przez Odwołującego wymaganego warunku w zakresie posiadanego sprzętu niezbędnego do realizacji umowy w przedmiotowym zakresie, wskazanego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, wiąże się nieuchronnie z odrzuceniem złożonej przez niego oferty. Jak wynika bowiem z jednoznacznego brzmienia art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy: „*Odrzuca się ofertę (...), 7) 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 (...)*”. Konsekwencją powyższego jest to, że najpóźniej w momencie dokonywania oceny oferty złożonej w terminie, a zatem w trakcie otwarcia ofert, wymogi te muszą

zostać spełnione. Brak jest zatem możliwości uznania, że określony wymóg będzie spełniony w terminie późniejszym, np. od momentu obowiązywania umowy. Potwierdził to również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Łodzi w wyroku z dnia 31 stycznia 2020 r. o sygn. III SA/Łd 827/19 wskazując m.in., że niedopuszczalną jest sytuacja, w której oferent uzupełnia wymagania, które mają charakter warunków koniecznych do udziału w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w trakcie trwania tego postępowania. Oferta na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie ma być aktualna w toku całego postępowania, a zatem od dnia jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy oraz przez cały okres jej realizacji, co ma służyć konkretnemu celowi – stworzeniu możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego.

Jednocześnie należy wyraźnie podkreślić, że spełnienie przez oferenta wymagań związanych ze spełnieniem warunków wymaganych podlega weryfikacji w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w samej ofercie (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 listopada 2016 r. sygn. II GSK 912/15). Tym samym oceny tej nie można dokonywać w oparciu o sam fakt aktualnego realizowania przez Odwołującego umowy w tym zakresie i ewentualnie wcześniej przeprowadzonych pod tym względem kontroli. To z prawidłowo i w terminie złożonej oferty ma wynikać w sposób jednoznaczny, że określony warunek o charakterze wymagany jest spełniony. Ryzyko niespełnienia tego warunku na moment złożenia oferty ponosi wyłącznie oferent, którego oferta podlega ocenie.

W kontekście powyższego warto również przytoczyć tezy zaprezentowane w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 stycznia 2021 r. sygn. II GSK 1894/18. Sąd wskazał bowiem, że *„Składane przez oferenta oświadczenie o spełnianiu warunków koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych (...) ma charakter oświadczenia wiedzy w rozumieniu art. 61 § 1 KC, które jest złożone organizatorowi konkursu z chwilą określoną jako termin otwarcia ofert i od tego momentu oferent jest związany ofertą również w rozumieniu § 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 udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Składane przez oferenta zapewnienie o spełnianiu wszelkich warunków musi być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty, jak i od początku obowiązywania umowy, co oznacza zapewnienie o trwałości spełniania warunków w tym czasie, a co za tym idzie, również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oferta ma być zatem aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy.”* Ponadto Naczelny Sąd Administracyjny w tym samym rozstrzygnięciu

podkreślił, że „Art. 142 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakazuje weryfikować oferty według stanu na dzień ich złożenia, nie zaś na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przyjęcie odmiennej wykładni prowadziłoby do możliwości przyznawania oferentom biorącym udział w postępowaniu o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej punktacji w oparciu o zdarzenia przyszłe i niepewne, co byłoby sprzeczne z wyrażonymi w art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zasadami równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz uczciwej konkurencji.”.

Dodatkowo należy wskazać, że świadczeniodawca decydujący się na złożenie oferty w konkretnym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma obowiązek zapoznać się z przepisami prawa, które regulują warunki, jakie musi spełniać, aby złożona przez niego oferta została zakwalifikowana do dalszej części postępowania. Musi spełniać przede wszystkim warunki wymagane określone w przepisach prawa oraz szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przez Prezesa Funduszu. Brak ich spełnienia skutkować będzie jedynym słusznym postępowaniem ze strony komisji konkursowej, a zatem odrzuceniem takiej oferty.

Najistotniejszym w powyższym zakresie jest zatem podkreślenie, że zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Ponadto analiza art. 142 ust. 1-3 w zw. z art. 5 i art. 148 Ustawy wiedzie również do wniosku, że oferta składana przez świadczeniodawcę jest wiążąca od momentu jej złożenia i nie może podlegać na kolejnych etapach postępowania konkursowego – a zatem po terminie składania ofert – jakimkolwiek zmianom, uzupełnieniom, czy innym modyfikacjom, w tym w szczególności w odniesieniu do spełnienia warunków wymaganych, określonych w przepisach prawa lub szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu. Zastrzeżenie dotyczące braku możliwości uzupełnienia oferty po upływie terminu do jej złożenia, zawiera również § 18 ust. 1 i 4 zarządzenia 18/2017/DSOZ. Zgodnie z przywołanymi regulacjami, oferent może uzupełnić złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że Fundusz otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem terminu składania ofert, natomiast po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

Skoro zatem z treści oferty Odwołującego nie wynikało, że posiada sprzęt do realizacji umowy wymieniony w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, to oczywistym jest, że nie został spełniony warunek wymagany, określony w powszechnie obowiązujących przepisach prawa. Spełnienie warunków wymaganych musi wynikać bezpośrednio z oferty złożonej przez świadczeniodawcę. Po upływie terminu składania ofert świadczeniodawca nie może zmienić,

skorygować czy uzupełnić złożonej pierwotnie oferty o te elementy, które zapewnią mu dalsze uczestnictwo w postępowaniu.

Po dokonaniu analizy treści oferty Odwołującego, załączonych do niej dokumentów, a także późniejszych czynności komisji konkursowej należało stwierdzić, że oferta Odwołującego podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, a zatem postępowanie komisji konkursowej w tym zakresie było zasadne i prawidłowe. Komisja konkursowa jest uprawniona do podejmowania jedynie takich działań, które wynikają wprost z przepisów obowiązującego prawa. Rolą komisji konkursowej prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest rozpatrzenie złożonych ofert, a następnie rozstrzygnięcie postępowania konkursowego, poprzez wybór najkorzystniejszej oferty lub ofert. Konsekwencją powyższego jest to, że komisja konkursowa może przyjąć lub nie przyjąć złożonej oferty albo ją odrzucić.

Regulacja zawarta w art. 149 ust. 1 Ustawy zawiera enumeratywne wyliczenie przyczyn, których zaistnienie bezwzględnie zobowiązuje komisję konkursową do odrzucenia oferty. Analizując przedmiotowy katalog uzasadnione jest twierdzenie, że przyczyny te mają charakter tego rodzaju wymogów, które musi spełniać oferta – niezależnie od aspektów formalnych, również wymogów merytorycznych, wynikających m.in. z obowiązku spełnienia 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 (art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy), a zatem takich, które mają charakter wymagań koniecznych. Brak ich spełnienia jest natomiast brakiem nieusuwalnym, uniemożliwiającym dopuszczenie oferty do konkursu ze skutkiem jej odrzucenia.

Wobec powyższego w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może brać udziału oferta, niespełniająca chociażby jednego z warunków określonych prawem lub określonych przez Prezesa Funduszu.

Już bowiem w momencie składania oferty Odwołujący był zobligowany do wykazania, że w jego przypadku nie zachodziła żadna z przesłanek, o których mowa w art. 149 ust. 1 Ustawy, powodująca konieczność odrzucenia oferty (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 8 grudnia 2020 r. sygn. akt II GSK 1066/20). Odmienne postępowanie w tym zakresie prowadziłoby do ponoszenia przez Fundusz pełnego ryzyka nienależytego zabezpieczenia realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Nie można również wykluczyć, że mogłoby stanowić to zachętę dla innych oferentów do celowego składania ofert nierzetelnych. W tym miejscu należy raz jeszcze wyraźnie podkreślić, że dokumentowanie faktu spełniania warunków wymaganych nie może następować po złożeniu oferty i po upływie terminu do jej złożenia.

Komisja konkursowa nie popełniła zatem żadnego błędu w ocenie oferty i – wbrew zarzutom Odwołującego – trafnie i prawidłowo stwierdziła, że Odwołujący nie spełnił warunków wymaganych określonych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego w zakresie posiadanego sprzętu, którego wykaz zawiera rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych. Co więcej, nie jest prawdą, że wzywając Odwołującego do złożenia wyjaśnień komisja konkursowa nie wskazała, o braki w jakim sprzęcie chodzi, skoro treść wezwania z dnia 27 czerwca 2022 roku jest w tym zakresie jednoznaczna.

Mając powyższe na względzie należy stwierdzić, że podniesiony przez Odwołującego zarzut obrazy art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, pozostaje w całości nieuzasadniony.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach poprzez jego niezastosowanie i odrzucenie oferty pomimo złożenia dodatkowych dokumentów i wyjaśnień w określonym terminie, należy wskazać, co następuje.

Zgodnie z treścią art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach, w przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Elementy wymagane oferty, a zatem to, z czego oferta powinna się składać, określa natomiast § 10 ust. 2 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ. Stanowi on, że oferta w formie pisemnej obejmuje: wydruk formularza ofertowego, zgodny z jego postacią elektroniczną, opatrzony na każdej stronie tego wydruku kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania oferenta, zgodnymi ze wzorami podpisów, zamieszczonymi w tabeli określonej w załączniku nr 6 do zarządzenia, oraz dokumenty i oświadczenia określone w § 14. Dalej ww. regulacja precyzuje, w jaki sposób tworzony jest i co zawiera formularz ofertowy. I tak, zgodnie z § 10 ust. 3 i 4, formularz ofertowy sporządzany jest z użyciem aplikacji ofertowej, w sposób określony przez dyrektora oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania oferty i zawiera on:

- 1) dane identyfikacyjne oferenta;
- 2) wykaz podwykonawców z informacją o umowach podwykonawstwa, w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) wykaz personelu z opisem kompetencji; oferent obowiązany jest na wezwanie komisji prowadzącej postępowanie udokumentować gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie. Dokumentem potwierdzającym gotowość udzielania świadczeń jest zawarta z oferentem lub podwykonawcą umowa cywilnoprawna, w szczególności umowa o pracę lub pisemne zobowiązanie do zawarcia jednej z ww. umów;

- 4) wykaz zasobów (w szczególności sprzętu, pojazdów, pomieszczeń);
- 5) wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców;
- 6) ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń, w tym:
 - a) potencjał wykonawczy dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń na podstawie wykazów, o których mowa w pkt 2-5,
 - b) harmonogram udzielania świadczeń,
 - c) harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową;
- 7) ankiety dotyczące danego postępowania.

W myśl natomiast § 14 ust. 1 ww. zarządzenia, Oferta w formie pisemnej powinna zawierać następujące dokumenty i oświadczenia (w przedstawionym zestawieniu nie uwzględniono – z uwagi na przedmiot postępowania, w którym Odwołujący uczestniczył – dokumentów wymaganych dla oferentów składających ofertę dotyczącą świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe, rehabilitacja lecznicza i ratownictwo medyczne):

- 1) oświadczenie oferenta o wpisach do rejestrów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia;
- 2) w przypadku oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- 3) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy;
- 4) w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy, dopuszczone jest zlecanie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową – kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu;

- 5) w przypadku, gdy oferent nie przedstawi dokumentów, o których mowa w pkt 7 – oświadczenie, że będzie wykonywał umowę samodzielnie bez zlecania podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;
- 6) oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia,
- 7) w przypadku, gdy oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania oferenta wynika z dokumentów przedstawionych wraz z ofertą;
- 8) pełnomocnictwo, o którym mowa w art. 132a ust. 2 ustawy, o ile są spełnione przesłanki określone w art. 132a ustawy;
- 9) w przypadku, gdy oferent wyraża zgodę na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej - zgodę oferenta, o której mowa w § 5 ust. 3 rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art.139 ust. 9 ustawy. Oferent wyraża zgodę w szczególności przez wypełnienie i załączenie do oferty formularza, którego wzór określony jest w załączniku nr 9 do zarządzenia;
- 10) inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek dołączenia ich do oferty został określony w warunkach zawierania umów.

Kopie składanych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.

Wobec powyższego to w oparciu o ww. wymagania i dokumenty, zgodnie z art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach, badana jest oferta pod kątem przedłożenia wymaganych dokumentów oraz spełniania wymogów formalnych. Należy w tym miejscu wyraźnie wskazać, że ww. przepis prawa określa inne niż wymienione w ust. 1 tej regulacji wymagania dotyczące oferty, w tym również braki odnośnie do przedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów, które w przeciwieństwie do wymogów enumeratywnie wymienionych w art. 149 ust. 1 ww. ustawy, mają charakter wad podlegających usunięciu. Podkreślił to również Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 23 lutego 2021 r., II GSK 1189/20.

Z dokumentów zgromadzonych w postępowaniu nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 wynika natomiast, że w trybie art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach Odwołujący został wezwany do uzupełnienia braków formalnych poprzez: zaparafowanie poszczególnych stron oferty oraz ich ponumerowanie, a także dostarczenie kopii polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Odwołującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania (dotyczyło to złożenia przez Odwołującego oświadczenia stwierdzającego, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności

cywilnej zostanie zawarta na cały okres obowiązywania umowy), jak również dostarczenie umów z podwykonawcami wykazanymi przez Odwołującego w ofercie. Wskazane braki formalne Odwołujący uzupełnił w wyznaczonym przez komisję konkursową terminie, w dniach 20 i 23 czerwca 2022 roku. Stąd, na tej podstawie nie zaistniała przesłanka do odrzucenia jego oferty.

Z kolei w dniu 27 czerwca 2022 roku komisja konkursowa, działając już w oparciu o § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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. poz. 1858), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu”, wezwała Odwołującego do złożenia wyjaśnień dotyczących oferty w zakresie sprzętu wymaganego do realizacji umowy, który nie został w niej wykazany (glukometry, chodziki) oraz w zakresie braku wymaganej ilości sprzętu w miejscu udzielania świadczeń. Jak już bowiem wcześniej wyjaśniono, bezsprzecznie w ofercie złożonej przez Odwołującego nie wykazano sprzętu wymaganego do realizacji umowy lub wykazano go w ilości mniejszej, aniżeli ta określona w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.

W złożonych wyjaśnieniach z dnia 27 czerwca 2022 roku Odwołujący wskazał: *„(...) posiadam wymaganą ilość sprzętu – glukometry, aparaty do mierzenia ciśnienia, chodziki, ssaki, inhalatory, koncentratory tlenu, wózki inwalidzkie, kule ortopedyczne w ilości co najmniej do deklarowanej ilości pacjentów objętych opieką w miejscu udzielania świadczeń (...) oraz torby – nesesery pielęgniarские wraz z niezbędnym wyposażeniem, dla każdej pielęgniarki”*.

Mając na uwadze powyższe, przyczyną odrzucenia oferty Odwołującego było ustalenie w toku postępowania wyjaśniającego, zmierzającego do weryfikacji pod względem prawidłowości i prawdziwości danych zawartych w ofercie, że nie zawierała ona informacji o sprzęcie wymaganym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia w hospicjum domowym. Stwierdzony i niesporny w tym zakresie stan faktyczny uzasadnia w ocenie Funduszu stanowisko komisji, że oferta Odwołującego nie spełniała warunków zawarcia umowy i nie mogła brać udziału w dalszych etapach postępowania, co czyniło działanie komisji prawidłowym, a zaskarżone rozstrzygnięcie zgodne z prawem.

Jak już wcześniej wskazano, w orzecznictwie sądów administracyjnych panuje pogląd, że oferta ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzenia możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego (m.in. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 22 kwietnia 2015 r., II GSK 816/14). Odwołujący był zatem zobligowany do spełniania warunków w zakresie wymaganego sprzętu przez cały okres od złożenia oferty do

rozpoczęcia obowiązywania umowy. Spełnianie przez oferenta wymagań (warunków) dotyczących m.in. sprzętu podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, m.in. w oparciu o § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu.

Wobec niepodważonych ustaleń faktycznych co do stwierdzonego braku spełniania przez Odwołującego warunków wymaganych w zakresie wskazanego w ofercie sprzętu, odrzucenie jego oferty należy uznać za prawidłowe. Nie mogły i nie mogą mieć aktualnie znaczenia dla tej oceny twierdzenia Odwołującego, że braki w zakresie posiadanego sprzętu nie były istotne, dotyczą sprzętu drobnego albo że taki sprzęt jednak posiada, choć nie znalazło to odzwierciedlenia treści oferty.

Przenosząc powyższe na grunt podniesionego przez Odwołującego zarzutu naruszenia art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach należy wskazać, że braki ofertowe o charakterze merytorycznym nie podlegają uzupełnieniu po upływie terminu do składania ofert oraz w trybie wezwania do usunięcia braków formalnych. Zgodnie bowiem z art. 149 ust. 3 Ustawy, jedynie w razie nieprzedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów lub wystąpienia braków formalnych, komisja konkursowa wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Wezwanie do usunięcia tzw. braków formalnych nie może jednak dotyczyć tych danych, które określają zasadnicze warunki oferty wskazane w formularzu ofertowym. Zgodnie z treścią wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 27 lutego 2018 r., II SA/Rz 1149/17, *„(...) brak lub wadliwość powyższych danych ma charakter merytoryczny, co oznacza, że po zamknięciu terminu do składania ofert nie można dokonywać modyfikacji, korekt lub uzupełnienia oferty w tym zakresie. Merytoryczne braki ofertowe muszą dotyczyć warunków realizacji świadczenia medycznego lub określonych we wzorcu umownym elementów dotyczących przedmiotu umowy, organizacji udzielania świadczeń lub warunków ich finansowania. Jedynie wyjątkowo i w ograniczonym zakresie jest dopuszczalne modyfikowanie merytoryczne ofert po upływie terminu do ich składania. Przede wszystkim komisja konkursowa może w części niejawnej konkursu przeprowadzić negocjacje z oferentami (art. 142 ust. 6 u.ś.o.z.).”*. Należy jednakże zaznaczyć, że negocjacje mają ustawowo ograniczony zakres i mogą dotyczyć jedynie ceny za udzielane świadczenia lub liczby planowanych do udzielenia świadczeń. Należy również wskazać, że powyższą zasadę potwierdza § 18 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ, który wyraźnie zastrzega, że oferent może uzupełnić złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że Fundusz otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem terminu do ich składania. Uzasadnione jest zatem przyjęcie, że nie jest dopuszczalne uzupełnianie przez oferenta formularza ofertowego o właściwe (merytoryczne) dane ofertowe – w tym przypadku w zakresie wymaganego do realizacji

świadczeń opieki zdrowotnej sprzętu określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, po upływie terminu do składania ofert.

Mając powyższe na względzie komisja konkursowa prawidłowo wskazała Odwołującemu regulację § 18 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ, bowiem to ten przepis znalazł w tym zakresie zastosowanie, nie zaś art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Zacytowane przez Odwołującego fragmenty orzeczenia Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 5 lutego 2015 r., IV SA/Po 1084/14 dotyczą właśnie sytuacji, kiedy oferta dotknięta była brakami o charakterze pozamerytorycznym, tj. np. brakiem podpisów lub paraf albo brakiem części oferty, ale rozumianej jako brak wymaganych dokumentów, które mają być do niej załączone i stanowią jej integralną część zgodnie z § 10 ust. 2-4 i § 14 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ.

Nie można również zgodzić się z Odwołującym, że braki w wykazanym w ofercie sprzęcie mają charakter czysto formalny, bowiem są oderwane od rzeczywiście posiadanych przez niego zasobów. Przede wszystkim, co wskazano już kilkakrotnie, oferent miał obowiązek wskazać w ofercie sprzęt wymagany do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bowiem to na dzień jej złożenia oferta podlega ocenie. Jednocześnie niewskazanie w ofercie wymaganego sprzętu nie zostanie zrekompensowane zapewnieniami Odwołującego, że sprzęt ten faktycznie posiada, że dysponuje wykwalifikowanym personelem udzielającym świadczeń oraz że świadczy usługi w zakresie hospicjum domowego od 2004 roku i posiada w tym względzie doświadczenie i zaufanie pacjentów. Jest to niewątpliwe, jednak pozostaje bez znaczenia, skoro Odwołujący nie wykazał w złożonej przez siebie ofercie, że spełnia warunki wymagane określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie posiadania wymaganego sprzętu do realizacji umowy.

Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że dopuszczenie możliwości, w której stwierdzony brak spełnienia warunków wymaganych określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa nie powoduje odrzucenia oferty z powyższych powodów, naruszałoby w sposób oczywisty zasadę równego traktowania i uczciwej konkurencji. Przyjęcie takiej oferty do dalszej oceny na równi z innymi ofertami, nieobciążonymi stwierdzonym u Odwołującego brakiem, stanowiłoby naruszenie jednakowych dla wszystkich uczestników konkursu reguł postępowania, a tym samym stanowiłby rażące naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach.

Mając powyższe na względzie zarzut naruszenia art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach poprzez jego niezastosowanie, jest chybiony, a działanie komisji konkursowej w tym zakresie było prawidłowe – nie dotyczyło bowiem braków formalnych, a wad o charakterze merytorycznym stwierdzonych w złożonej przez Odwołującego ofercie.

Analiza całości sprawy świadczy natomiast bezsprzecznie o tym, że Odwołujący przygotował ofertę bez wymaganej w tym celu staranności i to na nim spoczywa w tym względzie pełna odpowiedzialność. Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że wszystkie konsekwencje złożenia oferty o określonej treści, w tym również ryzyko jej nieprzyjęcia lub odrzucenia w sytuacji, gdy nie spełnia warunków określonych w przepisach prawa lub szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa NFZ, ponosi wyłącznie oferent, który ją przygotował.

Warto również w tym miejscu wskazać, że w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, udział biorą podmioty lecznicze będące profesjonalistami. Takim podmiotem jest również Odwołujący. Zawarcie umowy z profesjonalistą stawia przed nim wyzwanie dołożenia staranności wyższej, analizowanej w oparciu o zawodowy charakter wykonywanej działalności. Tym samym to ten podmiot ponosi całość ryzyka związanego z brakiem rzetelności w przygotowaniu własnej oferty.

Podkreślany przez Odwołującego fakt realizacji świadczeń w hospicjum domowym od 2004 roku świadczy w ocenie Funduszu jedynie o tym, że Odwołujący miał w istocie okazję do przygotowania rzetelnej oferty i być może mógłby konkurować z pozostałymi oferentami o uzyskanie kontraktu z Funduszem. Wyłącznie jego odpowiedzialnością jest to, że nie zadbał o przygotowanie oferty odzwierciedlającej spełnianie przez niego warunków wymaganych, co jest elementem niezbędnym, aby w ogóle ubiegać się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym samym, co również zostało już zaakcentowane, to na nim spoczywało całe ryzyko przygotowania prawidłowej oferty, któremu to zadaniu ostatecznie nie sprostał.

Podsumowując powyższe rozważania w zakresie odwołania wniesionego przez Odwołującego należy podkreślić, iż organ rozpoznający odwołanie bada naruszenie interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowej, podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania oraz czy wskutek tego działania został naruszony interes prawny Odwołującego. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że Odwołujący nie wykazał, jak również nie wykazała tego analiza działań podejmowanych przez komisję konkursową przeprowadzona w toku postępowania administracyjnego, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-22-000177/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 w kontekście interesu prawnego Odwołującego. Ustalono ponad wszelką wątpliwość, że złożona przez niego oferta zasadnie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnienie warunków

wymaganych, tj. ze względu na brak wymaganego treścią rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych sprzętu niezbędnego do realizacji umowy w przedmiotowym zakresie.

Wobec powyższego brak merytorycznego rozpoznania oferty Odwołującego, wobec spełnienia bezwzględnych przesłanek do jej odrzucenia, nie naruszył również zasad równości i konkurencyjności w przedmiotowym postępowaniu.

Biorąc pod uwagę motywy przedstawione w uzasadnieniu niniejszej decyzji należy stwierdzić, że w odwołaniu nie wykazano, że naruszono zasady prowadzenia postępowania o zawarcie, na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2027 roku, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym na obszarze powiatu gnieźnieńskiego. Każda ze złożonych ofert w ww. postępowaniu (nie podlegająca odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 Ustawy), 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. Ustalono, że oferta złożona przez Odwołującego zasadnie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Postępowanie komisji konkursowej należy zatem uznać za prawidłowe i zgodne z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a zatem brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania. Wobec powyższego wniesione odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dyrektor
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
[Podpis]
Agnieszka Pachciarz

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.) decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna.

Od decyzji przysługuje stronie na podstawie art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 roku – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2022 r. poz. 329 z późn. zm.) prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu, zgodnie z § 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej

Polskiej z dnia 4 listopada 2020 roku w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r., poz. 1999). Skargę wnosi się w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, upoważnionego do załatwiania spraw w imieniu Prezesa 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 bezpośrednio do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu.

Wykonano w 6 egz.:

1. —adw.

—pełnomocnik Odwołującego Zbigniewa

Olesińskiego,

2. „SALOMED” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wolności 4a, 62-200 Gniezno,
3. Bartosz Bentkowski, Ewa Bentkowska, ul. Olsztyńska 16, 62-200 Gniezno,
4. SANCOR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Św. Michała 19/1, 62-200 Gniezno,
5. a/a,
6. a/a/.

Opracowała Marta Wękowska
Wydział Organizacyjny