

WO-DO.422.8.2022

Poznań, dnia 26 września 2022 roku

DECYZJA NR 8/2022/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 12 sierpnia 2022 roku postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2032 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński, wniesionego przez Barbarę Łodziak i Adriana Łodziaka, prowadzących działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą PODMIOT LECZNICZY. PIEŁĘGNIARSKI OŚRODEK OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I HOSPICYJNEJ "AEGIS" S.C. BARBARA ŁODZIAK, ADRIAN ŁODZIAK w Poznaniu (61-619), ul. Lechicka 100, 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 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2032 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 5 159 423,06 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 7 (słownie: siedem).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 12 sierpnia 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 myśl art. 154 ust. 6a Ustawy, stronami postępowania wszczętego w sprawie rozpatrzenia odwołania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W postępowaniu nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2032 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński, złożono 8 (słownie: osiem) ofert:

- 1) oferta 15-22-000204[15/1]-0001/00 złożona przez oferenta Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego S.A., ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo,
- 2) oferta 15-22-000204[15/1]-0002/00 złożona przez oferenta Szpital Pomnik Chrztu Polski, ul. Św. Jana 9, 62-200 Gniezno,
- 3) oferta 15-22-000204[15/1]-0003/00 złożona przez oferenta SALUS+ Spółka z o.o., ul. Zagorzynek 34, 62-800 Kalisz,
- 4) oferta 15-22-000204[15/1]-0004/00 złożona przez oferenta Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach, ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki,
- 5) oferta 15-22-000204[15/1]-0005/00 złożona przez oferenta Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie, ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno,
- 6) oferta 15-22-000204[15/1]-0006/00 złożona przez oferenta „Szpital Powiatowy we Wrześni” Spółka z o.o. w restrukturyzacji, ul. Słowackiego 2, 62-300 Września,
- 7) oferta 15-22-000204[15/1]-0007/00 złożona przez oferenta Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań,
- 8) oferta 15-22-000204[15/1]-0008/00 złożona przez oferenta Barbara Łodziak, Adrian Łodziak, ul. Lechicka 100, 61-619 Poznań.

Postępowanie nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2032 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński, 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), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu”;

- 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.), zwane 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 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 odrzuciła oferty złożone przez:

- 1) Barbarę Łodziak i Adriana Łodziaka, prowadzących działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą PODMIOT LECZNICZY. PIELEŃGNIARSKI OŚRODEK OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I HOSPICYJNEJ "AEGIS" S.C. BARBARA ŁODZIAK, ADRIAN ŁODZIAK w Poznaniu (61-619), ul. Lechicka 100,
- 2) Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie, ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno,

jako niespełniające 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 6 (słownie: sześciu) oferentów. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował 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 w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym (10,00 punktów);
 - co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym (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 w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym:
 - tak (10,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej:
 - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym (5,00 punktów);
 - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym (10,00 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
- pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym:
 - 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 20 łóżek:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

b) kategorii „Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania”:

- certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:

- tak (1,00 punkt);
- nie (0,00 punktów);

c) kategorii „Pozostałe warunki”:

- co najmniej 10 pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- sala dziennego pobytu:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (0,00 punktów);
- wszystkie sale chorych 1-3 osobowe:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (0,00 punktów);

d) kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości” – część wspólna:

- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (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);
- e) kategorii „Pozostałe warunki” – część wspólna:
- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (0,00 punktów);
 - świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku:
 - 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 hospicjum domowym dla dzieci:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej:
 - tak (2,00 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. 311c 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 12 sierpnia 2022 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2032 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania jako podmioty, z którymi zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazano 6 (słownie: sześciu) oferentów:

- 1) „Szpital Powiatowy we Wrześni” Spółka z o.o. w restrukturyzacji, ul. Słowackiego 2, 62-300 Września (miejsce udzielania świadczeń: Oddział Hospicyjno-Paliatywny, ul. Słowackiego 2, 62-300 Września),

- 2) SALUS+ Spółka z o.o., ul. Zagorzynek 34, 62-800 Kalisz (miejsce udzielania świadczeń: Hospicjum Stacjonarne, ul. Józefa Chełmońskiego 1, 63-100 Śrem),
- 3) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach, ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki (miejsce udzielania świadczeń: Oddział Medycyny Paliatywnej, ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki),
- 4) Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań (miejsce udzielania świadczeń: Oddział Medycyny Paliatywnej, ul. Rusa 55, 61-245 Poznań),
- 5) Szpital Pomnik Chrztu Polski, ul. Św. Jana 9, 62-200 Gniezno (miejsce udzielania świadczeń: Oddział Medycyny Paliatywnej, ul. Św. Jana 9, 62-200 Gniezno),
- 6) Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego S.A., ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo (miejsce udzielania świadczeń: Oddział Paliatywno-Hospicyjny, ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo).

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 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. Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Oddział Medycyny Paliatywnej, ul. Rusa 55, 61-245 Poznań	12,50	31,00	4,00	10,00	0,00	57,50	TAK
2. Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego S.A.	Oddział Paliatywno-Hospicyjny, ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo	12,50	24,00	0,00	10,00	0,00	46,50	TAK
3. Szpital Pomnik Chrztu Polski	Oddział Medycyny Paliatywnej, ul. Św. Jana 9, 62-200 Gniezno	12,50	21,00	0,00	10,00	0,00	43,50	TAK

4.	„Szpital Powiatowy we Wrześni” Spółka z o.o. w restrukturyzacji	Oddział Hospicyjno-Paliatywny, ul. Słowackiego 2, 62-300 Września	12,50	19,00	2,00	10,00	0,00	43,50	TAK
5.	SALUS+ Spółka z o.o.	Hospicjum Stacjonarne, ul. Józefa Chelmońskiego 1, 63-100 Śrem	12,50	23,00	0,00	0,00	0,00	35,50	TAK
6.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach	Oddział Medycyny Paliatywnej, ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki	12,50	7,00	0,00	5,00	0,00	24,50	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 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2032 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Opieka paliatywna i hospicyjna” część 1. „1. Przedmiot postępowania: Oddział medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarne” 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 w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Wskazać w tym miejscu należy, że na pytania ankietowe z części VIII. formularza ofertowego „Ankiety” oferenci, których oferty poddano ocenie w postępowaniu nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent: Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

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 w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 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 udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym”, za co otrzymał 5,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

3) Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- zadeklarował salę dziennego pobytu, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował wszystkich sal chorych 1-3 osobowych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia

specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co otrzymał 1,00 punkt;

4) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie 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;

5) Pozostałe warunki – część wspólna:

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

- zadeklarował, że prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 1,00 punkt;

I. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, za co otrzymał 2,00 punkty;

II. 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;

III. 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., za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 70,18 zł, za co otrzymał 12,50 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: Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego S.A.

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 w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 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 udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

3) Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- zadeklarował salę dziennego pobytu, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowych, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia

specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co otrzymał 1,00 punkt;

4) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie 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 „TAK”, co skutkowało przyznaniem 2,00 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”, co skutkowało przyznaniem 1,00 punktu ujemnego;
- 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 „TAK”, co skutkowało przyznaniem 2,00 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;

5) Pozostałe warunki – część wspólna:

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

- zadeklarował, że prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, 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 hospicjum domowym dla dzieci, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

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., za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent Szpital w Puszczykowie im. prof. S.T. Dąbrowskiego S.A. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 70,18 zł, za co otrzymał 12,50 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: Szpital Pomnik Chrztu Polski

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 w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- 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 udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym”, za co otrzymał 5,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- zadeklarował certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1,00 punkt;

3) Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- nie zadeklarował sali dziennego pobytu, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

- nie zadeklarował wszystkich sal chorych 1-3 osobowych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

4) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie 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;

5) Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował, że prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, 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 hospicjum domowym dla dzieci, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

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., za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent Szpital Pomnik Chrztu Polski zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 70,18 zł, za co otrzymał 12,50 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: „Szpital Powiatowy we Wrześni” Spółka z o.o. w restrukturyzacji

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 w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- 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 udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

3) Pozostałe warunki:

- zadeklarował co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował salę dziennego pobytu, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowych, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

4) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie 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;

5) Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował, że prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

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., za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent „Szpital Powiatowy we Wrześni” Spółka z o.o. w restrukturyzacji zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 70,18 zł, za co otrzymał 12,50 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: SALUS + 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 w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 10,00 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 udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym”, za co otrzymał 5,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

3) Pozostałe warunki:

- zadeklarował co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował salę dziennego pobytu, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowych, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

4) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie 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;

5) Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- nie zadeklarował, że prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

III. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- 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 rankingujących;

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., za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent SALUS + Spółka z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 70,18 zł, za co otrzymał 12,50 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: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach

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 w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- 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 udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarki z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

- na pytanie dotyczące zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa – równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 20 łóżek, udzielił odpowiedzi „TAK”, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania:

- nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

3) Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował co najmniej 10% pokoi jednoosobowych z węzłem sanitarnym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;
- zadeklarował salę dziennego pobytu, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował wszystkie sale chorych 1-3 osobowych, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

4) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie 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;

5) Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował, że prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankingujących;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

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 rankingujących;

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., za co nie otrzymał punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 70,18 zł, za co otrzymał 12,50 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.

Oferty złożone przez:

- 1) Barbarę Łodziak i Adriana Łodziaka, prowadzących działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą PODMIOT LECZNICZY. PIEŁĘGNIARSKI OŚRODEK OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I HOSPICYJNEJ "AEGIS" S.C. BARBARA ŁODZIAK, ADRIAN ŁODZIAK w Poznaniu (61-619), ul. Lechicka 100,
- 2) Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie, ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno,

jako oferty odrzucone 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 podlegały ocenie**. Wobec powyższego brak jest podstaw do prezentacji udzielonych w ich treści odpowiedzi na pytania rankingujące, a to z uwagi na fakt, że przedstawiona punktacja przedmiotowych ofert, pod kątem prawdziwości i prawidłowości oświadczeń co do zadeklarowanych kryteriów, podlegających dodatkowemu punktowaniu, byłaby wyłącznie hipotetyczna.

Rozstrzygnięcie postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 nastąpiło w dniu 12 sierpnia 2022 roku.

W dniu 22 sierpnia 2022 roku, drogą pocztową, do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 (data nadania w placówce pocztowej: 18 sierpnia 2022

roku), wniesione przez Barbarę Łodziak i Adriana Łodziaka, prowadzących działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej pod nazwą PODMIOT LECZNICZY. PIEŁĘGNIARSKI OŚRODEK OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I HOSPICYJNEJ "AEGIS" S.C. BARBARA ŁODZIAK, ADRIAN ŁODZIAK w Poznaniu (61-619), ul. Lechicka 100, zwanych dalej „Odwołującymi”. Odwołanie zostało wniesione w przewidzianym do tego terminie.

Niniejsze postępowanie, w zakresie odwołania wniesionego wyłącznie przez Barbarę Łodziak i Adriana Łodziaka, ma na celu ocenę prawidłowości działania komisji konkursowej w zakresie podjęcia decyzji o odrzuceniu ich oferty oraz czy w tym zakresie naruszono interes prawny Odwołujących.

We wniesionym odwołaniu zarzucono:

1. naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że oferta Odwołujących nie spełnia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, tj. brak apteki szpitalnej albo zakładowej/działu farmacji szpitalnej podczas, gdy dział farmacji szpitalnej został fizycznie utworzony w podmiocie (przygotowano odpowiednie pomieszczenia spełniające warunki wynikające z przepisów prawa), a zatem wszystkie wymogi określone w tych przepisach zostały przez ww. spełnione, w tym także zapewnienie leczenia farmakologicznego;
2. naruszenie § 5 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w zw. z art. 87 ust. 2a pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że oferent nie zapewnił leczenia farmakologicznego, z uwagi na brak wpisu w Księdze rejestrowej prowadzonej dla podmiotu leczniczego – nr 000000026502 w zakresie komórki organizacyjnej apteka szpitalna lub zakładowa/dział farmacji szpitalnej, oferent nie posiadał apteki szpitalnej albo zakładowej/działu farmacji szpitalnej podczas, gdy dział ten został przygotowany do uruchomienia pod względem formalnym od dnia obowiązywania umowy, tj. od 1 października 2022 roku – został złożony wniosek o wpis przedmiotowej komórki organizacyjnej w księgę rejestrową, a na dzień związania ofertą dział farmacji szpitalnej został fizycznie utworzony w podmiocie (przygotowano odpowiednie pomieszczenia spełniające warunki wynikające z przepisów prawa) oraz zmieniono Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego w sposób pozwalający na formalne powołanie działu farmacji szpitalnej;
3. naruszenie interesu prawnego Odwołujących wskutek naruszenia zasad postępowania wynikających z art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich oferentów oraz z pominięciem zasad uczciwej

konkurencji, w szczególności poprzez odrzucenie oferty Odwołujących z powodu braku wpisu w Księdze rejestrowej podmiotu leczniczego w zakresie komórki organizacyjnej apteka szpitalna lub zakładowa/dział farmacji szpitalnej oraz nieuwzględnienie wyjaśnień Odwołujących, którzy wskazali, że dział ten został wyodrębniony, a jego formalne uruchomienie przed podpisaniem umowy z NFZ naraziłoby go na kary, które mogłyby zostać nałożone przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w wyniku przedwczesnego zgłoszenia utworzenia działu farmacji szpitalnej, który może działać dopiero od 1 października 2022 roku.

Mając powyższe na względzie Odwołujący wnieśli o uwzględnienie odwołania i uchylenie rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01.

W uzasadnieniu odwołania Odwołujący wskazali przede wszystkim, że przygotowali odpowiednie pomieszczenia spełniające warunki wynikające z przepisów prawa. Podkreślono, że Odwołujący prowadzą działalność od 2012 roku, zaś od 2015 w obecnym miejscu udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej i rehabilitacji. W tym czasie podlegali kilkukrotnym kontrolom Wojewody i z tego tytułu nie zgłaszano zastrzeżeń dotyczących konieczności wpisania działu farmacji szpitalnej do księgi rejestrowej.

Odwołujący wskazali, że z uwagi na złożenie oferty w przedmiotowym postępowaniu i chęć zawarcia umowy z Funduszem na realizację świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, zmieniono zapisy Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego w sposób pozwalający na formalne powołanie działu farmacji szpitalnej. W tym miejscu Odwołujący zacytowali treść § 19 ww. Regulaminu. Stanowi on m.in. o tym, że z podmiotem leczniczym Odwołujących współpracuje apteka realizująca zaopatrzenie w niezbędne leki i produkty medyczne, do zadań której należy kontrola gospodarki lekami i realizacja indywidualnych zamówień pacjentów. Ponadto wskazano w tym dokumencie, że „2. W przypadku konieczności wydzielenia odrębnych komórek, w szczególności działu farmacji szpitalnej, Apteka w ramach współpracy zaopatrywać będzie również te komórki w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne na podstawie recepty, bez recepty, na podstawie zapotrzebowania Podmiotu Leczniczego (...). 3. W przypadku konieczności utworzenia działu farmacji szpitalnej jego utworzenie nastąpi zgodnie z obowiązującymi przepisami. 4. Rolę kierownika działu farmacji szpitalnej pełnić będzie magister farmacji (...)”. Wobec powyższego, w ocenie Odwołujących, nie sposób zgodzić się ze stanowiskiem komisji konkursowej, że nie zapewnili leczenia farmakologicznego w okresie związania ofertą, a to z uwagi na brak wpisu odpowiedniej komórki organizacyjnej w księdze rejestrowej. W tym zakresie Odwołujący podnieśli, że doszło do naruszenia § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w zw. z art. 87 ust. 2a pkt 1 Prawa farmaceutycznego.

Odwołujący wskazali, że komisja konkursowa, powołując się na treść § 1 ust. 1 wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka paliatywna i hospicyjna, stanowiącego załącznik nr 2 do 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, wyjaśniła, że zgodnie z art. 103 ustawy o działalności leczniczej, działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu. Powyższe – zdaniem Odwołujących – dowodzi, że oferenci w trakcie obowiązywania umowy zobowiązani są do uzyskania decyzji o wpisie do rejestru prowadzonego przez właściwy organ (w tym przypadku przez wojewodę właściwego dla siedziby lub miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego). W tym miejscu Odwołujący przytoczyli treść art. 100 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej i wskazali, że ww. regulacja nie wymaga rejestracji dodatkowych komórek w rejestrze, o którym mowa w art. 103 ustawy o działalności leczniczej, bowiem podstawą rozpoczęcia działalności leczniczej jest wpis podmiotu do rejestru prowadzonego przez wojewodę. Podkreślili przy tym, że żaden przepis, czy to ustawy o działalności leczniczej, czy szczególnych warunków zawierania umów, nie przewidywał obowiązku rejestracji komórki działu farmacji szpitalnej.

Niemniej jednak Odwołujący zauważyli, że w prowadzonym przez nich podmiocie leczniczym dział farmacji szpitalnej został przygotowany do uruchomienia pod względem formalnym, od dnia obowiązywania umowy, tj. od 1 października 2022 roku, bowiem został złożony wniosek o wpis przedmiotowej komórki organizacyjnej do rejestru, a na chwilę obecną wpis został już w nim ujawniony. Na dzień złożenia oferty dział farmacji szpitalnej został faktycznie utworzony w podmiocie (przygotowano odpowiednie pomieszczenia) oraz zmianę regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, zgodnie z którym „Farmaceuci współpracujący z Podmiotem Leczniczym zapewnią produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne niezbędne do należytego wykonywania świadczeń oraz sprawowania opieki zdrowotnej”. Odwołujący przypomnieli, że przedstawili promesy udzielone przez dwóch farmaceutów, z których jeden zobowiązał się do obsługi działu farmacji szpitalnej zgodnie z art. 87a ust. 1 pkt 2 Prawa farmaceutycznego, co zapewnia realizację wymogu zapewnienia leczenia farmakologicznego przez Odwołujących, a drugi ze wskazanych farmaceutów – do pełnienia obowiązków kierownika działu farmacji szpitalnej zgodnie z art. 88 ust. 2b-2f, 4 i 5 w zw. z art. 93 Prawa farmaceutycznego.

Odwołujący podnieśli również, że odrzucenie ich oferty spowodowało naruszenie ich interesu prawnego, bowiem pozbawiono ich możliwości brania udziału w rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania i w efekcie – zawarcia umowy z Funduszem na realizację przedmiotowych świadczeń. Wskazali, że naruszenie interesu prawnego było wynikiem naruszenia zasad postępowania, o których mowa w art. 134 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, a to poprzez przeprowadzenie postępowania

z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich oferentów oraz z pominięciem zasad uczciwej konkurencji.

Zdaniem Odwołujących do podjęcia decyzji o odrzuceniu ich oferty wystarczający był brak wpisu w księdze rejestrowej komórki organizacyjnej – dział farmacji szpitalnej, natomiast komisja konkursowa pominęła wyjaśnienia Odwołujących, którzy wskazali, że dział farmacji szpitalnej został przez nich wyodrębniony i fizycznie utworzony. Przypomnieli w tym miejscu, że w trakcie wizytacji komisji konkursowej w miejscu udzielania świadczeń w dniu 28 lipca 2022 roku, zmierzającej do weryfikacji realizacji wymogów konkursowych, ta nie zgłosiła zastrzeżeń dotyczących pomieszczenia, w którym utworzono dział farmacji szpitalnej. Jednocześnie wezwanie z dnia 28 lipca 2022 r. dotyczyło wyłącznie złożenia wyjaśnień, w jaki sposób Odwołujący zapewnią realizację leczenia farmakologicznego i wyjaśnienia w tym zakresie zostały złożone w dniu 29 lipca 2022 r. Wyjaśnienia te nie zostały uznane za wystarczające z uwagi na brak wpisu komórki organizacyjnej – dział farmacji szpitalnej w rejestrze, pomimo istnienia warunków technicznych, lokalowych i organizacyjnych potwierdzających faktycznie utworzenie komórki w podmiocie leczniczym Odwołujących. Jednocześnie Odwołujący zauważyli, że formalne uruchomienie działu farmacji szpitalnej wymaga dokonania zgłoszenia do Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, a przedwczesne zgłoszenie utworzenia działu farmacji szpitalnej, który w tym stanie faktycznym miał działać od 1 października 2022 roku, tj. od dnia ewentualnego podpisania umowy z Funduszem, naraziłoby Odwołujących na kary, które mogą zostać nałożone przez ww. organ.

Wobec powyższego Odwołujący wskazali, że złożona przez nich oferta została pozytywnie zweryfikowana przez komisję konkursową, co spowodowało weryfikację nieruchomości najmowanej przez Odwołujących, podczas której brak było jakichkolwiek zastrzeżeń ze strony osób wizytujących. Odwołujący zaznaczyli, że członkowie komisji byli pod wrażeniem przygotowanego, posegregowanego sprzętu oraz pomieszczenia przystosowanego do jego przechowywania, przygotowanego pod pełnienie funkcji działu farmacji szpitalnej.

Niezależnie od powyższego Odwołujący przytoczyli treść art. 87 ust. 2a pkt 1 Prawa farmaceutycznego: „Aptekę szpitalną tworzy się w: 1) zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne” i wywiedli wniosek, że warunkiem utworzenia działu farmacji dla hospicjum, jest jego powstanie, które jest uwarunkowane zawarciem umowy z Funduszem w tym zakresie.

W odniesieniu do zarzutów komisji konkursowej dotyczących braku wpisu ww. komórki organizacyjnej w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Wielkopolskiego Odwołujący podkreślili, że organ ten dokonuje wpisu w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku, a jeżeli nie dokona wpisu

w tym terminie, a od dnia wpływu wniosku upłynęło 40 dni, można rozpocząć działalność po uprzednim pisemnym zawiadomieniu o tym organu prowadzącego rejestr. Przy czym nie dotyczy to przypadku, kiedy organ wzywa do uzupełnienia wniosku o wpis, nie później niż przed upływem co najmniej 7 dni od dnia jego otrzymania. W tej sytuacji termin na dokonanie wpisu do rejestru biegnie od dnia wpływu uzupełnionego wniosku o wpis. Odwołujący wskazali zatem, że możliwość zarejestrowania działu farmacji szpitalnej w czasie pomiędzy rozstrzygnięciem konkursu a rozpoczęciem realizacji umowy. Brak formalnego zarejestrowania działu farmacji szpitalnej w RPWDL nie powinien stanowić przeszkody do dalszego procedowania oferty.

Odwołujący wskazali również, że na uwadze należy mieć komunikat Świętokrzyskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o treści: „Świętokrzyski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny przypomina iż zgodnie z art. 87 ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2008r. Nr 45 poz.271 z późn. zm.) „W szpitalach i innych przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, w których nie utworzono apteki szpitalnej, tworzy się dział farmacji szpitalnej, do którego należy wykonywanie zadań określonych w art. 86 ust. 2 pkt 1 i 4, ust. 3 pkt 5,7,9 i 10 oraz ust. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne, który pełni funkcję apteki szpitalnej”. Konieczność utworzenia działów farmacji szpitalnej wprowadzona została ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 roku, Nr 112, poz.654 z późn. zm.), która znowelizowała ustawę Prawo farmaceutyczne w tym zakresie. Zgodnie z art. 8 pkt 1 w zw. z art.9 ust.1 i art. 12 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wprowadzono rodzaj działalności leczniczej obejmujący stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: a) szpitalne, b) inne niż szpitalne. Stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitale udziela się w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, w zakładzie rehabilitacji leczniczej, w hospicjum.

Zgodnie z przepisami przejściowymi w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy tj. do dnia 1 lipca 2012 roku podmioty lecznicze nie posiadające apteki szpitalnej, a prowadzące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne mają obowiązek dostosowania swojej działalności do obecnie obowiązujących przepisów tj. obowiązek utworzenia apteki szpitalnej albo działów farmacji w szpitalach i innych przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, w których nie utworzono apteki szpitalnej.”.

Odwołujący podsumowali, że zgodnie z treścią ww. komunikatu konieczne jest utworzenie działu farmacji szpitalnej, natomiast nie jego formalna rejestracja w RPWDL. Ponadto podkreślili, że warunkiem uruchomienia w pełni działu farmacji szpitalnej dla hospicjum jest zawarcie umowy z Funduszem w tym zakresie.

Zdaniem Odwołujących przejawem nierównego traktowania oferentów, a tym samym braku konieczności przedstawienia wpisu działu farmacji szpitalnej w rejestrze, jest brak konieczności przedstawienia promesy zatrudnienia farmaceuty, mającego stanąć na czele działu farmacji. Komisja konkursowa wzywała w toku postępowania do przedstawienia promesy zatrudnienia personelu, z wyłączeniem farmaceuty działu farmacji szpitalnej, co – zdaniem Odwołujących – jednoznacznie wskazuje na spełnienie przez nich warunków formalnych konkursu oraz na brak wymogu formalnego wyodrębnienia działu farmacji szpitalnej od oddziału hospicyjnego. Odwołujący w tym miejscu wskazali również, że harmonogram ofertowy stanowiący załącznik do oferty nie przewidywał możliwości wskazania transportu medycznego, jak również innych komórek organizacyjnych przedsiębiorcy wpisanego do RPWDL. Ponadto w warunkach i kryteriach oceny ofert brak było wskazania jako wymogu formalnego zarejestrowania działu farmacji szpitalnej.

Według odwołujących nie ulega wątpliwości, że w ich podmiocie leczniczym dział farmacji szpitalnej został fizycznie utworzony i wyodrębniony w całym okresie związania ofertą, a zatem wszystkie wymogi określone w przepisach zostały przez nich spełnione, w tym także zapewnienie leczenia farmakologicznego.

Na marginesie Odwołujący wskazali, że prowadzony przez nich ośrodek został wyposażony i przygotowany wyłącznie ze środków prywatnych z pominięciem dofinansowań, dotacji oraz innych subwencji ze Skarbu Państwa, co stanowić powinno wyraźne odciążenie dla Skarbu Państwa. Ponadto zaznaczyli, że prowadzą działalność w dziedzinie opieki nad osobami starszymi od ponad 10 lat, a prowadzony oddział opieki paliatywnej/hospicyjnej będzie głównym profilem ich działalności w przeciwieństwie do pozostałych podmiotów wyłonionych w przedmiotowym postępowaniu.

Odwołujący odnieśli się również do raportu Najwyższej izby Kontroli z 2019 roku, w którym stwierdzono, że w Polsce występuje niedobór opieki paliatywnej i hospicyjnej, spowodowany utrudnieniami natury formalnej do prowadzenia tego rodzaju działalności, a skutkujący tym samym po stronie pacjentów problemem uzyskania odpowiedniego świadczenia u schyłku swojego życia.

Podsumowując Odwołujący wskazali, że formalne zarejestrowanie działu farmacji szpitalnej wymagane jest na dzień podpisania umowy z Funduszem. Ponadto zaznaczyli, że wybrane w przedmiotowym postępowaniu podmioty lecznicze działają od wielu lat i wielokrotnie zawierały umowy z Funduszem, a zatem odrzucenie oferty Odwołujących traktować należy w kategoriach utrzymywania monopolu dotychczasowych kontrahentów i nierównego traktowania nowych podmiotów.

Pismami z dnia 25 sierpnia 2022 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działający w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, poinformował strony postępowania o wszczęciu postępowania administracyjnego w sprawie z wniesionego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 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 22 września 2022 roku do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie wpłynęło pismo Odwołujących z dnia 22 września 2022 roku zatytułowane „Uzupełnienie odwołania od rozstrzygnięcia postępowania Nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne”. W piśmie tym Odwołujący powielili częściowo argumentację zawartą w samym odwołaniu, związaną z brakiem konieczności posiadania wpisu komórki organizacyjnej – Dział farmacji na dzień złożenia oferty. Po raz kolejny podkreślili, że w warunkach konkursowych ogłoszonych w dniu 19 maja 2022 roku dział farmacji szpitalnej nie został wskazany jako wymóg, który podmiot musi spełniać w dniu składania oferty. Odwołujący przypomnieli też, że w ankiecie, która jest częścią formularza ofertowego oświadczyli, że spełniają wszystkie wymagane prawem wymogi dla podmiotu, który rozpoczyna świadczenia w trybie stacjonarnym.

Odwołujący wskazali ponadto, że ich oferta została rozpatrzona jako oferta placówki, która kontynuuje ww. świadczenia, mimo zaznaczenia w ankiecie braku podstaw do przyznania punktów w ramach kryterium ciągłości udzielanych świadczeń. Raz jeszcze podkreślili, że podstawą do powołania działu farmacji szpitalnej jest uzyskanie oraz podpisanie umowy z Funduszem na udzielanie świadczeń stacjonarnych. Odwołujący podnieśli, że przedstawili komplet dokumentów niezbędnych do rejestracji działu farmacji szpitalnej, które złożyli w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym w Poznaniu z adnotacją o wstrzymaniu rozpoczęcia działania komórki działu farmacji szpitalnej z uwagi na brak pewności rozpoczęcia świadczeń w warunkach stacjonarnych.

Odwołujący zaznaczyli, że w dniu 22 września 2022 roku Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny nadał im indywidualny numer ID we właściwym rejestrze, co oznacza spełnienie przez nich wymogów o utworzeniu działu farmacji szpitalnej na dzień rozpoczęcia działalności hospicjum stacjonarnego, co komisja konkursowa zaznaczyła w uzasadnieniu odrzucenia protestu. Jednocześnie zaznaczyli, że na dzień złożenia odwołania przywołanie ww. dowodu w postaci wpisu

w rejestrze prowadzonym przez właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego było niemożliwe. Ponadto wskazali, że udzielona zgoda jest warunkowa, bowiem otrzymali pouczenie w trakcie składania wniosku o rejestrację, że warunkiem legalności zarejestrowanej komórki jest uzyskanie kontraktu z Funduszem na realizację przedmiotowych świadczeń.

Odwołujący podkreślili, że niezgodne z prawem jest tworzenie działu farmacji szpitalnej bez komórki dla której ma działać, a dział ten może zacząć działać w momencie podpisania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. W innym przypadku wyczerpuje to znamiona przestępstwa nielegalnego obrotu lekami i naraża podmiot na odpowiedzialność karną. Stanowisko to, według Odwołujących, zostało potwierdzone przez Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, a Fundusz może otrzymać od ww. pisemną informację w tym zakresie, o ile o nią wystąpi. Odwołujący nie załączyli do pisma z dnia 22 września 2022 roku żadnego stanowiska ww. organu we wskazanym przedmiocie.

W piśmie stanowiącym uzupełnienie odwołania wskazano również, że aby utworzyć dział farmacji szpitalnej należy na wstępie dopisać komórkę organizacyjną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na co właściwy organ ma 30 dni. Następnie wymagana jest zgoda Izby Aptekarskiej na pełnienie funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej przez farmaceutę. Otrzymanie takiej zgody następuje w terminie 30 dni. Następnie komplet dokumentów składa się do Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego, który na wydanie decyzji i wpis działu farmacji szpitalnej do właściwego rejestru ma 30 dni. Wskazali zatem, że uzyskanie wymaganych wpisów i zezwoleń zajmuje ok. 90 dni, przy założeniu braków formalnych w toku postępowania. Tymczasem Fundusz ogłosił postępowanie w dniu 19 maja 2022 roku, natomiast oferty należało złożyć do 9 czerwca 2022 roku, co nie dawało możliwości na dopełnienie wymaganych procedur. Stwarza to – zdaniem Odwołujących – monopol dla istniejących od lat podmiotów i stanowi naruszenie równego traktowania świadczeniodawców w postępowaniu konkursowym. W ich ocenie ustawodawca przewidział taką sytuację, a w odrzuceniu protestu wskazano, że dział farmacji szpitalnej ma realizować swoje zadania podczas trwania umowy, a nie na dzień składania oferty.

Odwołujący wskazali, że od dnia 19 maja 2022 roku do dnia złożenia pisma stanowiącego uzupełnienie odwołania, otrzymali wszelkie niezbędne zgody i deklarują pełną gotowość do rozpoczęcia działalności hospicjum stacjonarnego od 1 października 2022 roku, tym bardziej, że podczas weryfikacji dokonanej przez komisję konkursową nie stwierdzono zastrzeżeń co do personelu, sprzętu, budynku czy infrastruktury.

Podsumowując wskazali, że dział farmacji szpitalnej powinien zostać utworzony w dniu rozpoczęcia działalności hospicjum stacjonarnego, bowiem niezgodne z prawem jest jego wcześniejsze powoływanie, a dotychczas wykonywana działalność na świadczenia domowe nie wymagała

utworzenia takiego działu i nie może być traktowana jako kontynuacja świadczeń w hospicjum stacjonarnym.

W terminie wyznaczonym do wydania decyzji administracyjnej żadna ze stron przedmiotowego postępowania nie skorzystała z uprawnień do wglądu w akta sprawy.

Na skutek wniesionego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 12 sierpnia 2022 roku postępowania numer 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2022 roku do dnia 30 września 2032 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działła 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 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania konkursowego. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

Przed przystąpieniem do szczegółowego omówienia zarzutów odwołania, Prezes Funduszu musi odnieść się do sformułowanego w odwołaniu wniosku Odwołujących, dotyczącego „*uwzględnienia odwołania i uchylecia rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne.*”. Należy w tym miejscu wyjaśnić Odwołującym, że sposób rozstrzygnięcia postępowania administracyjnego wszczętego w związku z wniesionym przez nich odwołaniem, określa treść art. 154 ust. 3 Ustawy, który stanowi, że po rozpatrzeniu odwołania Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Z kolei zgodnie z art. 154 ust. 7 Ustawy, w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku Prezes Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy. Tym samym decyzja administracyjna Prezesa Funduszu, wydana w oparciu o art. 154 Ustawy, nie może obejmować uchylecia rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W kontekście analizy, czy doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołujących należy przede wszystkim wskazać, że istota prowadzonego postępowania administracyjnego koncentruje się w tym konkretnym przypadku wyłącznie na kwestii oceny prawidłowości postępowania komisji konkursowej, która prowadząc postępowanie nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, odrzuciła ofertę Odwołujących 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.”*.

Mając na względzie, że wszystkie zarzuty Odwołujących przedstawione w odwołaniu, jak również w piśmie z dnia 22 września 2022 roku w sposób oczywisty korespondują ze sobą, bowiem dotyczą okoliczności związanej z odrzuceniem oferty Odwołujących z uwagi na brak spełnienia warunków wymaganych związanych z niezapewnieniem realizacji leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych ze względu na brak w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wpisu w zakresie komórki organizacyjnej 4924 – Dział farmacji, Prezes Funduszu rozpoznał je łącznie.

W toku prowadzonego postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 oferta złożona przez Odwołujących została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnianie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Powodem odrzucenia ich oferty na ww. podstawie było niezapewnienie leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia 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.) z uwagi na brak zarejestrowanej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą na dzień złożenia oferty (9 czerwca 2022 roku), najpóźniej na dzień otwarcia ofert (13 czerwca 2022 roku) komórki organizacyjnej charakteryzowanej częścią VIII kodu resortowego: 4922 – Apteka szpitalna lub zakładowa albo 4924 – Dział farmacji. Z dokumentów zgromadzonych w ww. postępowaniu konkursowym wynika bowiem, że Odwołujący złożyli wniosek o wpis w ww. rejestrze we wskazanym zakresie dopiero w dniu 28 lipca 2022 roku, a zatem już po złożeniu przez nich oferty i po dniu otwarcia ofert w przedmiotowym postępowaniu. Tym samym na dzień złożenia oferty, a najpóźniej na dzień jej otwarcia, Odwołujący nie posiadali w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Wielkopolskiego

wpisu dotyczącego wykonywania działalności leczniczej w aptece szpitalnej lub zakładowej albo w dziale farmacji szpitalnej. Pomimo ww. okoliczności w złożonej w dniu 9 czerwca 2022 roku ofercie zadeklarowali, 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 niniejszego postępowania*”.

Odwołujący zakwestionowali powyższe stanowisko wskazując m.in., że z przepisów prawa nie wynika obowiązek dokonania wpisu do rejestru dotyczącego ww. komórki organizacyjnej, natomiast w podmiocie leczniczym prowadzonym przez Odwołujących fizycznie utworzono dział farmacji szpitalnej poprzez przygotowanie odpowiednich pomieszczeń spełniających warunki wynikające z przepisów prawa. Argumentacja podniesiona w odwołaniu w znacznej części pokrywa się z wątpliwościami Odwołujących zgłoszonymi w złożonym proteście na odrzucenie oferty. Nie sposób jednak argumentów tych podzielić, a to ze względów wskazanych w dalszej części uzasadnienia niniejszej decyzji.

Przede wszystkim należy wskazać, że materialnoprawną podstawę prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiły przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Realizacja ustawowych obowiązków Funduszu we wskazanym obszarze została skonkretyzowana przede wszystkim w dziale VI. ustawy o świadczeniach zatytułowanym „Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami”. Zgodnie z art. 132 ust. 1 i 2 Ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c ustawy o świadczeniach, która może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w dziale VI. Ustawy. Jedną z podstawowych zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest ta określona w art. 134 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z powołanymi regulacjami Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Świadczeniodawcą, z którym Fundusz może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest podmiot, o którym mowa w art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach, a zatem: podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoba fizyczna inna niż podmiot leczniczy, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne lub podmiot udzielający opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97).

Wykonywanie działalności leczniczej regulowane jest przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.), zwaną dalej: „ustawą o działalności leczniczej” lub „u.d.l.”. Rodzajami działalności leczniczej są: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w tym szpitalne lub inne niż szpitalne, a także ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (art. 8 u.d.l.). Definicja stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne zawarta została w art. 2 ust. 1 pkt 12 ww. ustawy, zgodnie z którym za takie należy uznać świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach. W myśl art. 9 ust. 1 pkt 4 u.d.l., stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów, a zgodnie z art. 12 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy, wskazanych świadczeń udziela się w hospicjum. Przedmiotem prowadzonego postępowania konkursowego było natomiast udzielanie świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, stąd też należy stwierdzić, że zakres tych świadczeń dotyczy właśnie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określają, w szczególności, 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”. Zgodnie z treścią § 4 ww. rozporządzenia świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej mogą być realizowane w warunkach: stacjonarnych (w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej),

domowych (w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia), ambulatoryjnych oraz perinatalnej opieki paliatywnej. Z kolei zgodnie z § 5 ww. rozporządzenia, świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują: 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; **3) leczenie farmakologiczne**; 4) leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 5) leczenie innych objawów somatycznych; 6) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; 7) rehabilitację; 8) zapobieganie powikłaniom; 9) badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej; 10) zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej; 11) opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

W związku z przywołanymi regulacjami prawa powszechnie obowiązującego, jak również mając na względzie przedmiot postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 – świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, należy przywołać treść art. 87 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 z późn. zm.), zwaną dalej: „Prawem farmaceutycznym”. Stanowi on, że w zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne, tworzy się aptekę szpitalną. Jednocześnie, w myśl obecnie obowiązującego art. 87 ust. 4c pkt 1 ww. ustawy, dopuszcza się utworzenie zamiast apteki szpitalnej lub apteki zakładowej działu farmacji szpitalnej w zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne, w przypadku którego liczba łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynosi nie więcej niż 100. Zgodnie ze stanem wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą na dzień wydania niniejszej decyzji w zakresie dotyczącym wykonywanej przez Odwołujących działalności w hospicjum stacjonarnym, liczba łóżek ogółem w komórce organizacyjnej „Aegis Hospicjum Stacjonarne” wynosi 56 (słownie: pięćdziesiąt sześć).

W myśl art. 103 u.d.l działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru. Z brzmienia art. 105 ust. 4a ww. ustawy wynika ponadto, że organ prowadzący rejestr nadaje podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom lub komórkom organizacyjnym jego zakładu leczniczego resortowe kody identyfikacyjne, **zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych**. Jednocześnie art. 100 ust. 1 u.d.l stanowi, że podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr wniosek o wpis do rejestru

podmiotów wykonujących działalność leczniczą, obejmujący następujące dane: imię i nazwisko, nazwę albo firmę, adres siedziby albo miejsca zamieszkania, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, formę organizacyjno-prawną, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, nazwę zakładu leczniczego **oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych**, numer REGON, NIP oraz dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

Wymaga również podkreślenia, że wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą ma charakter konstytutywny. Oznacza to, że prawo do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych może być realizowane dopiero po ujawnieniu wpisu w rejestrze. Jednocześnie podmiot leczniczy może wykonywać działalność leczniczą wyłącznie w granicach zakreślonych wpisem do rejestru. Wpis ten jest zatem warunkiem koniecznym do rozpoczęcia działalności leczniczej. Zgodnie z poglądem zaprezentowanym przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Kielcach w wyroku z dnia 31 stycznia 2018 r. o sygn. II SA/Ke 643/17, z dniem wpisu jednostka organizacyjna staje się podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 15 ustawy o działalności leczniczej, a zatem świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 Ustawy.

Charakter wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą został doprecyzowany rozporządzeniami wykonawczymi Ministra Zdrowia, w tym rozporządzeniem z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173), zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie kodów resortowych”. Przede wszystkim zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia, resortowe kody identyfikacyjne są nadawane na podstawie informacji zawartych we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 u.d.l, albo we wniosku o zmianę wpisu w tym rejestrze, a system resortowych kodów identyfikacyjnych składa się z dziesięciu części. Specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego w podmiocie leczniczym charakteryzuje część VIII kodu, zgodnie z klasyfikacją określoną w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie kodów resortowych. Część IX systemu stanowi kod funkcji ochrony zdrowia, zaś część X – stanowi kod charakteryzujący dziedziny medycyny, pielęgniarstwa albo dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Prawidłowa kwalifikacja komórek organizacyjnych według VIII części kodu resortowego wraz z dookreśleniem części IX i X systemu, tworzą łącznie profil medyczny podmiotu leczniczego i określają zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych w jednostce organizacyjnej lub komórce organizacyjnej tego podmiotu. Jak wcześniej wskazano, rozporządzenie w sprawie kodów resortowych, w załączniku nr 2, przewiduje odrębną identyfikację dla ok. 360 specjalności komórki organizacyjnej zakładu

lecniczego. W pkt 4 „4. Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej” ww. załącznika wskazano m.in., że kod części VIII systemu: 4922 dotyczy Apteki szpitalnej lub zakładowej, natomiast kod: 4924 – Działu farmacji. Tym samym przepisy powszechnie obowiązującego prawa przewidują istnienie obowiązku rejestracji ww. komórek organizacyjnych w sytuacji, gdy podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w takim właśnie zakresie.

Ustawa o działalności leczniczej nie reguluje w sposób szczegółowy lub odmienny zakresu danych objętych wnioskiem o zmianę wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez właściwego wojewodę, z wyjątkiem kwestii dotyczącej wysokości opłaty od takiego wniosku. Należy zatem przyjąć, a to w kontekście przywołanego już art. 103 u.d.l., że zmiana wpisu w rejestrze dotycząca zakresu wykonywanej działalności leczniczej (np. utworzenie nowych komórek organizacyjnych identyfikowanych zgodnie z treścią załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie kodów resortowych), nieuchronnie wiąże się z obowiązkiem po stronie podmiotu leczniczego – przed rozpoczęciem wykonywania takiej działalności – dokonania zmiany istniejącego wpisu i dopiero po ujawnieniu tych danych w rejestrze podmiot leczniczy będzie miał prawo wykonywać określony rodzaj/zakres działalności leczniczej.

Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że brak wpisu co do określonego rodzaju/zakresu wykonywanej działalności leczniczej, czy też realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej oznacza, że nie można mówić o zgodnym z prawem ich wykonywaniu. Wpis ma bowiem charakter konstytutywny (co już wskazano), ponieważ określa przedmiot działalności podmiotu leczniczego, a zatem należy do jego najistotniejszych cech. Ponadto prawidłowe wskazanie zakresu świadczeń w rejestrze prowadzi do zapewnienia wiarygodności i rzetelności zarejestrowanego podmiotu leczniczego. Powyższe zauważył Wojewódzki Sąd Administracyjny w Łodzi w wyroku z dnia 31 stycznia 2020 r. sygn. akt III SA/Łd 827/19, w uzasadnieniu którego wskazał, że „(...) treść wpisu do RPWDL wyznacza przedmiot i granice działalności leczniczej dozwolonej do wykonywania przez dany podmiot. Wpis do księgi rejestrowej upoważnia zatem podmiot leczniczy do świadczenia usług leczniczych wyłącznie w zakresie ujawnionym w księdze.”.

Tym samym nie można zgodzić się z twierdzeniem Odwołujących, że art. 100 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nie wymaga rejestracji dodatkowych komórek w rejestrze, ponieważ podstawą rozpoczęcia działalności leczniczej jest wpis podmiotu leczniczego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wypada bowiem zauważyć, że sam art. 100 ust. 1 w pkt 6 ww. ustawy wymaga, aby we wniosku o wpis do rejestru wskazać nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, **których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych**. Skoro zatem podmiot leczniczy zamierza rozszerzyć wykonywanie działalności leczniczej o nowe rodzaje/zakresy/świadczenia, a pierwotny wpis ich nie obejmował, to

ma obowiązek zadbać, aby wykonywanie tej działalności leczniczej było legalne – zgodnie z przytoczonym wyżej stanowiskiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi. Trudno bowiem przyjąć argumentację Odwoływających i uznać, że skoro podmiot leczniczy uzyskał pierwotny wpis do rejestru, ma prawo wykonywać działalność leczniczą w każdym rodzaju/zakresie niezależnie od tego, czy sam wpis lub jego zmiana obejmował wskazanie takiej komórki organizacyjnej, która umożliwia realizację określonych świadczeń. Nie ma tu również znaczenia fakt, że szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone przez Prezesa Funduszu nie przewidywały obowiązku rejestracji komórki organizacyjnej, jaką w tym przypadku był dział farmacji, skoro taki obowiązek wynikał z powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Wyodrębnienie komórek organizacyjnych w rejestrze nie może nastąpić w oderwaniu od przepisów rozporządzenia w sprawie kodów resortowych. Rejestr ten jest jawny i dostępny dla osób trzecich. W związku z tym dane tam ujawnione powinny być jasne co do treści i co do zakresu świadczeń realizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne, a zatem zgodnie z zasadami ich identyfikacji określonymi w ww. rozporządzeniu. Raz jeszcze należy podkreślić, że podmiot leczniczy nie może wykonywać działalności leczniczej w zakresie, w jakim nie jest to ujawnione w rejestrze prowadzonym przez właściwego wojewodę, bowiem wpis to swoisty rodzaj zezwolenia na prowadzenie określonej działalności leczniczej w konkretnych komórkach organizacyjnych. Wpis w tym zakresie ma zatem charakter konstytutywny, a jego treść wyznacza przedmiot i granice działalności leczniczej dozwolonej do wykonywania przez dany podmiot leczniczy oraz upoważnia ten podmiot do wykonywania świadczeń wyłącznie w zakresie ujawnionym w księdze rejestrowej.

Odwołujący przywołali również regulację zawartą w art. 104 ust. 2 u.d.l., a dotyczącą tego, że jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w terminie 30 dnia od dnia wpływu wniosku, a od dnia wpływu wniosku do tego organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania, ponieważ w takiej sytuacji termin 30-dniowy biegnie od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis. Wobec powyższego należy wskazać, że opisany wyżej przypadek nie dotyczy przecież w ogóle sytuacji Odwoływających. Wniosek o wpis komórki organizacyjnej 4924 – Dział farmacji Odwołujący złożyli bowiem dopiero w dniu 28 lipca 2022 roku, a zatem już po złożeniu oferty oraz po dniu ich otwarcia w przedmiotowym postępowaniu. Niemniej jednak, dla porządku należy wspomnieć, że w razie zaistnienia okoliczności wskazanych w art. 104 ust. 2 u.d.l. to na świadczeniodawcy biorącym udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej spoczywa ciężar dowodowy w zakresie wykazania, w jakim dniu wniosek o wpis został złożony oraz, że w dniu złożenia oferty lub najpóźniej w dniu otwarcia ofert

w danym postępowaniu, upłynął 40-dniowy termin na jego rozpatrzenie, a świadczeniodawca powiadomił po tym czasie (przed dniem złożenia oferty lub najpóźniej przed dniem otwarcia ofert) organ rejestrowy o rozpoczęciu działalności. Regulacja art. 104 ust. 2 u.d.l dotyczy wyłącznie przypadku opieszałości organu rejestrowego i jest swego rodzaju gwarancją dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą, że pomimo niezawinionego opóźnienia w dokonaniu wpisu do rejestru i jego braku, będzie mógł rozpocząć działalność.

Jednocześnie jednak należy w tym miejscu wskazać, że funkcjonowanie apteki szpitalnej lub zakładowej albo działu farmacji szpitalnej w podmiocie leczniczym, to nie tylko dopełnienie obowiązku związanego z dokonaniem właściwego wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Utworzenie oraz funkcjonowanie ww. komórek organizacyjnych regulowane jest przede wszystkim przepisami Prawa farmaceutycznego.

Zgodnie z art. 87 ust. 4c Prawa farmaceutycznego, dopuszcza się utworzenie działu farmacji szpitalnej zamiast apteki szpitalnej lub apteki zakładowej w: zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne, w przypadku którego liczba łóżek lub stanowisk dializacyjnych zgłoszonych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynosi nie więcej niż 100, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub jednostce organizacyjnej publicznej służby krwi, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi. Dział farmacji szpitalnej, w myśl art. 87 ust. 4d ww. ustawy, przeznaczony jest do: zaopatrywania zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony oraz do zapewnienia świadczenia usług farmaceutycznych i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 4 oraz ust. 4 pkt 5, 7, 8 i 13-15 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, oraz czynności, o których mowa w art. 86 ust. 4 Prawa farmaceutycznego, na potrzeby zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w których został utworzony.

Z powyższego wynika zatem, że dział farmacji szpitalnej może pełnić funkcję apteki szpitalnej w zakresie zadań wymienionych w art. 87 ust. 4d Prawa farmaceutycznego, jednak tylko w przypadkach, o których mowa w art. 87 ust. 4c ww. ustawy.

W myśl art. 93 ust. 4 Prawa farmaceutycznego kierownikiem działu farmacji szpitalnej może być farmaceuta, który posiada co najmniej roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w aptece lub dziale farmacji szpitalnej w pełnym wymiarze czasu pracy lub równoważniku czasu pracy oraz spełnia warunki, o których mowa w art. 93 ust. 3 pkt 3-5 Prawa farmaceutycznego (daje rękojmię należytego pełnienia funkcji kierownika apteki, wypełnia obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego oraz wypełnia obowiązki członka samorządu zawodu farmaceuty).

Ponadto lokal działu farmacji szpitalnej, który w przypadkach określonych w ustawie może pełnić funkcję apteki szpitalnej, powinien spełniać wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2002 r. w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki (Dz. U. Nr 161, poz. 1338) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. Nr 171, poz. 1395) w zakresie, w jakim jest to niezbędne do realizacji zadań, o których mowa w art. 87 ust. 4d Prawa farmaceutycznego.

Co istotne, zgodnie z art. 107 ust. 1 Prawa farmaceutycznego, wojewódzki inspektor farmaceutyczny prowadzi rejestr zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych oraz **rejestr udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej**. W ust. 3 ww. regulacji ustawodawca wskazał, że rejestr udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej zawiera: nazwę (firmę), adres podmiotu leczniczego, któremu udzielono zezwolenia, a w przypadku osoby fizycznej - imię, nazwisko i adres, adres apteki lub działu, dane apteki lub działu - numer telefonu, numer faksu, adres e-mail, adres strony internetowej, jeżeli takie posiada, dni i godziny pracy apteki lub działu, zakres działalności apteki lub działu, imię i nazwisko kierownika apteki lub działu oraz jego identyfikator jako pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, unikalny identyfikator apteki lub działu, datę podjęcia działalności przez aptekę lub dział, datę cofnięcia albo wygaszenia zezwolenia. Zgodnie z dalszą regulacją art. 107 Prawa farmaceutycznego, podmiot prowadzący aptekę szpitalną, zakładową i dział farmacji szpitalnej jest obowiązany do przekazywania do właściwego miejscowo wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego informacji o zmianie danych objętych rejestrem niezwłocznie po wystąpieniu zmiany. Dane zawarte w ww. rejestrach są dostępne publicznie, a rejestry te prowadzone są w systemie teleinformatycznym zwanym Krajowym Rejestrem Zezwoleń Na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestrem Udzielonych Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Szpitalnych i Zakładowych.

Mając powyższe na względzie, utworzenie działu farmacji szpitalnej wymaga uzyskania zezwolenia właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego. Potwierdzeniem tego faktu wydaje się również zamieszczenie na stronie internetowej Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego odnośnika do „*Wniosku o wyrażenie zgody na utworzenie Działu Farmacji Szpitalnej pełniącego funkcję apteki szpitalnej*”¹. Z kolei na stronie internetowej Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego wniosek ten został określony jako „*Wniosek*

¹ <https://wif.poznan.ibip.pl/public/?id=39231>.

o udzielenie zezwolenia na prowadzenie apteki szpitalnej / działu farmacji szpitalnej”². Potwierdza to również korespondencja Odwoływających z dnia 22 września 2022 roku, w której wskazali, że w dniu 22 września 2022 roku uzyskali zgodę Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego i odpowiedni wpis w rejestrze udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej, co istotnie jest zgodne z informacją zawartą w Rejestrze Aptek (zgoda WIFPOIN.8540.1.6.2022 z dnia 22 września 2022 roku).

We wzorze wniosku Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego zawarto klauzulę o następującej treści: „*Wykonywanie działalności leczniczej zostało zgłoszone do organu rejestrowego zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.*”.

Z kolei w pkt 6 Komunikatu Nr 3 Głównego Inspektora Farmaceutycznego z dnia 15 listopada 2011 roku³, wydanego kilka miesięcy po wejściu w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej, które zmieniły treść art. 87 Prawa farmaceutycznego w zakresie dotyczącym m. in. możliwości utworzenia działu farmacji szpitalnej pełniącego funkcję apteki szpitalnej wskazano, że „6. Zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej, podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie przedsiębiorstwa oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Jeżeli zatem w przedsiębiorstwie podmiotu wykonującego działalność leczniczą utworzono dział farmacji szpitalnej, podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien poinformować o tym fakcie organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1.”.

Powyższe oznacza zatem, że zanim podmiot wykonujący działalność leczniczą wystąpi do właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o wyrażenie zgody/wydanie zezwolenia na utworzenie działu farmacji szpitalnej, musi dysponować już wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie, w jakim działalność ta związana jest z utworzeniem działu farmacji szpitalnej jako wyodrębnionej, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzenia w sprawie kodów resortowych, komórki organizacyjnej zakładu leczniczego. Zgoda lub zezwolenie właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego na utworzenie działu farmacji szpitalnej implikuje z kolei wpis do rejestru udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej. Z tym stanowiskiem ostatecznie zgodzili się również Odwoływający, którzy w piśmie z dnia 22 września 2022 roku wskazali, że „(...) aby utworzyć dział farmacji szpitalnej należy na wstępie dopisać

² <http://bip.wif.waw.pl/index/index/id/193>.

³ <https://archiwum.gif.gov.pl/pl/decyzje-i-komunikaty/komunikaty/archiwum/87,Komunikaty-2012-2008.html>.

komórkę organizacyjną do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.”. Wobec powyższego, co do tego faktu nie istnieją już żadne wątpliwości.

Przytoczone powyżej regulacje, jako przepisy prawa powszechnie obowiązującego, stanowią podstawę do udzielania świadczeń gwarantowanych w zakresie, o jakim mowa w § 5 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Charakter tych regulacji, w ocenie Prezesa Funduszu, przesądza w sposób bezsporny o tym, że winny być traktowane jako warunki niezbędne i konieczne do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.

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 zastosowanie 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.

Mając powyższe na względzie należy wyraźnie wskazać, 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 obligatoryjnym odrzuceniem oferty.

Dodatkowo należy wskazać, że to na świadczeniodawcy decydującym się na złożenie oferty w konkretnym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ciąży obowiązek zapoznania 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, a brak ich spełnienia skutkować będzie jedynym słusznym postępowaniem ze strony komisji konkursowej, a zatem odrzuceniem takiej oferty.

Mając na względzie, że w dniu złożenia oferty (9 czerwca 2022 roku), a najpóźniej w dniu otwarcia ofert w przedmiotowym postępowaniu (13 czerwca 2022 roku), Odwołujący nie posiadali wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dotyczącym komórki organizacyjnej 4924 – Dział farmacji, bowiem wniosek o wpis w tym zakresie złożyli dopiero w dniu 28 lipca 2022 roku, tj. w dniu, w którym komisja konkursowa wezwała ich do złożenia wyjaśnień w tym przedmiocie, Prezes Funduszu stwierdza, że komisja konkursowa prawidłowo uznała, że Odwołujący nie zapewnili realizacji leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych – jako jednego z warunków wymaganych do ubiegania się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wiązało się to zatem nieuchronnie z odrzuceniem złożonej przez nich oferty. Jak wynika 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 otwarcia ofert, wszystkie warunki wymagane muszą zostać spełnione. Brak jest zatem możliwości przyjęcia proponowanego przez Odwołujących rozwiązania polegającego na tym, 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, za Naczelnym Sądem Administracyjnym należy podkreślić, że spełnienie przez oferenta wymagań związanych ze spełnieniem warunków wymaganych podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 listopada 2016 r. sygn. II GSK 912/15).

W kontekście powyższego warto również przytoczyć część uzasadnienia wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 stycznia 2021 r. sygn. II GSK 1894/18. Sąd wskazał w nim 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 ww. 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.”.*

Mając na względzie powyższe, przede wszystkim w świetle przywołanych stanowisk sądów administracyjnych, całość argumentacji Odwoływających zaprezentowana w treści wniesionego odwołania, zarówno w odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 oraz zarzutu naruszenia § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zw. z art. 87 ust. 2a pkt 1 Prawa farmaceutycznego, a dotycząca tego, że oferent jest zobowiązany do uzyskania decyzji o wpisie danej komórki organizacyjnej (wymaganej dla realizacji świadczeń będących przedmiotem konkretnego postępowania konkursowego) do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dopiero w trakcie obowiązywania umowy, nie zaś na dzień złożenia/otwarcia oferty, jest bezzasadna. Samo „fizyczne utworzenie” działu farmacji szpitalnej w podmiocie leczniczym Odwoływających, poprzez – jak to określili – przygotowanie odpowiednich pomieszczeń, nie determinuje możliwości realizacji

leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Jak bowiem wskazano wcześniej, wpis danego zakresu wykonywanej działalności leczniczej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, poprzez zidentyfikowanie komórki organizacyjnej, w której świadczenia te mają być udzielane zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kodów resortowych (w tym przypadku – Dział farmacji), upoważnia taki podmiot do realizacji świadczeń zdrowotnych, których dotyczy ten zakres, nie mówiąc już o wymaganiach z tym związanych, wynikających przede wszystkim z przepisów Prawa farmaceutycznego. Spełnienie warunków wymaganych jest weryfikowane ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty, jak i od początku obowiązywania umowy, co oznacza zapewnienie o trwałości ich spełniania właśnie w tym czasie, a co za tym idzie, również w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Raz jeszcze trzeba podkreślić, że oferta ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od dnia jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy i w całym okresie jej realizacji.

Skutku w postaci zapewnienia realizacji leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, nie odniesie również sama zmiana regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, poprzez wprowadzenie do niego postanowień w zakresie związanym z ewentualnym utworzeniem działu farmacji szpitalnej, wykonywanych w nim zadań i czynności, wyznaczenia kierownika tego działu, współpracy z farmaceutą, etc. Należy w tym miejscu przypomnieć Odwołującym, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 7 u.d.l w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. Powyższe oznacza, że jeżeli w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego ma być utworzony dział farmacji szpitalnej (lub jakakolwiek inna komórka organizacyjna), to w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu dział ten powinien być wymieniony oraz określone powinny zostać jego zadania jako komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego. Co więcej, przedstawienie takiego zmienionego regulaminu może być wymagane przez właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (w przypadku Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego jest wymagane – co wynika ze wzoru wniosku o wyrażenie zgody na utworzenie działu farmacji szpitalnej pełniącego funkcję apteki szpitalnej).

Jedynie na marginesie warto zauważyć, że z zacytowanych w treści odwołania regulacji § 19 Regulaminu obowiązującego w podmiocie leczniczym Odwołujących nie wynika w sposób jednoznaczny, że dział farmacji szpitalnej został utworzony. Odwołujący powołując się na treść § 19

Regulaminu wskazali m.in., że „2. W przypadku konieczności wydzielenia odrębnych komórek, w szczególności działu farmacji szpitalnej (...). 3. W przypadku konieczności utworzenia działu farmacji szpitalnej jego utworzenie nastąpi zgodnie z obowiązującymi przepisami.”. Wydaje się zatem, że treść tych postanowień nie przesądza kategorycznie, że dział farmacji szpitalnej został faktycznie utworzony w podmiocie leczniczym Odwołujących. Przedstawiona przez nich treść § 19 Regulaminu nie określa również zadań działu farmacji szpitalnej jako komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego, a jedynie wskazuje na rolę i funkcję jego potencjalnego kierownika. Ponadto niejako w sprzeczności do deklaracji Odwołujących związanych z utworzeniem działu farmacji szpitalnej, stać może zacytowany przez nich w treści odwołania § 16 ust. 2 Regulaminu organizacyjnego prowadzonego przez nich podmiotu leczniczego: *„Farmaceuci współpracujący z Podmiotem Leczniczym zapewniają produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne niezbędne do należytego wykonywania świadczeń oraz sprawowania opieki zdrowotnej.”*. Zadania te, zgodnie z art. 87 ust. 4d Prawa farmaceutycznego, należą przecież do działu farmacji szpitalnej jako wyodrębnionej komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, na czele którego stoi kierownik. Tym samym wydaje się, że wbrew temu, co twierdzą Odwołujący, postanowienia Regulaminu organizacyjnego nie świadczą jednoznacznie o tym, że dział farmacji szpitalnej został faktycznie w ich przypadku utworzony (poza przygotowaniem dla tego celu pomieszczeń), pomimo istnienia takiego obowiązku ze względu na charakter świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając na względzie powyższe oraz stawiane przez Odwołujących zarzuty naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy oraz § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zw. z art. 87 ust. 2a pkt 1 Prawa farmaceutycznego, istotne jest 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 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.), zwanego dalej: „zarządzeniem nr 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 Odwołujących nie wynikało, że zapewniają realizację leczenia farmakologicznego, bowiem nie posiadali przede wszystkim stosownego wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie komórki organizacyjnej – Dział farmacji, 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 Odwołujących, załączonych do niej dokumentów, a także późniejszych czynności komisji konkursowej należało stwierdzić, że oferta Odwołujących podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, a zatem postępowanie komisji konkursowej w tym zakresie było zasadne i prawidłowe. Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że 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, 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 byli zobligowani do wykazania, że w ich 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.

Nie jest również przekonujące twierdzenie Odwołujących, że w prowadzonym przez nich podmiocie leczniczym była prowadzona kontrola Wojewody Wielkopolskiego, w wyniku której nie przedstawiono zastrzeżeń co do braku w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wpisu dotyczącego działu farmacji szpitalnej. Kompetencją Funduszu nie jest bowiem weryfikacja sposobu, zakresu, jak również zgodności z obowiązującymi przepisami przeprowadzania kontroli przez powołane do tego i niezależne organy.

Tym samym zarzuty naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy oraz § 5 pkt 3 w zw. z art. 87 ust. 2a pkt 1 Prawa farmaceutycznego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, należy uznać w całości za nieuzasadnione.

W kontekście zarzutu dotyczącego naruszenia przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich oferentów oraz zasady uczciwej konkurencji poprzez odrzucenie oferty Odwołujących i pozbawienie ich możliwości udziału w dalszej części postępowania konkursowego, należy przede wszystkim wskazać, że art. 134 Ustawy stanowi, iż Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasadę równego traktowania oferentów i zapewnienia zachowania uczciwej konkurencji należy rozumieć jako generalny nakaz stworzenia jednakowych możliwości udziału w konkursie, w tym pozyskiwania informacji dotyczących postępowania konkursowego, warunków jego przeprowadzania, dostępu do informacji ze strony organu, a także zastosowanie jednakowych kryteriów i metod oceny składanych ofert, zapewnienie jednakowych warunków udziału w negocjacjach itp. Inaczej rzecz ujmując, zasada równego traktowania wymaga, aby wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną w równym stopniu, były traktowane równo, tj. bez zróżnicowań zarówno faworyzujących, jak i dyskryminujących. W konsekwencji, w oparciu o określone wymagania wybrany ma zostać świadczeniodawca dający najlepsze gwarancje realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto warunki określone przez Prezesa NFZ w oparciu o art. 146 ust. 1 ustawy muszą

być kształtowane z uwzględnieniem interesu ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest również określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju/zakresu świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert.

Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi wyłączną odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości.

Zasada uczciwej konkurencji realizowana jest przez Fundusz poprzez przyjęcie, że w postępowaniu dotyczącym podziału ograniczonych środków finansowych, bierze udział nieograniczona ilość oferentów (por. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 26 kwietnia 2017 r., sygn. akt II SA/Ol 214/17). Ponadto zasada ta oznacza, że ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W stosunku do żadnego z oferentów nie wolno zastosować zatem innego, dodatkowego kryterium oceny oferty aniżeli te, które zostały wskazane w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Jak już wspomniano, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania, a porównanie tych ofert następuje na podstawie art. 148 Ustawy, przy czym kryteria oceny określone są w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Powyższe jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się

o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, eliminuje bowiem element subiektywny oceny dokonywanej przez komisję konkursową. Co więcej, poza zasadą jednolitości, powyższy przepis konstytuuje zasadę niezmienności kryteriów w toku prowadzonego postępowania.

Co równie istotne, każdy z oferentów mógł zapoznać się z warunkami wymaganymi dla przedmiotowego postępowania konkursowego oraz z kryteriami oceny ofert i punktami przyznawanymi za każdy spełniony warunek, brany pod uwagę podczas rozstrzygania postępowania konkursowego. Były one bowiem jawne i znane na długo przed ogłoszeniem przedmiotowego postępowania. Na tej podstawie każdy, czyją wolą było ubieganie się o umowę z Funduszem, mógł skonfigurować swoją ofertę w sposób, który umożliwiłby mu spełnianie warunków wymaganych dla danego postępowania, a następnie uzyskanie jak największej liczby punktów oceny oferty w oparciu o kryteria rankingujące zawarte w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Oferta Odwołujących, co wskazano już w treści uzasadnienia niniejszej decyzji, została słusznie odrzucona z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych wobec niezapewnienia leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zarówno ocena oferty złożonej przez Odwołujących, jak i ofert pozostałych podmiotów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, została dokonana pod kątem spełniania warunków wymaganych dla przedmiotowego postępowania. Ponadto oferty spełniające warunki wymagane komisja konkursowa oceniła w oparciu o kryteria wynikające z rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, na podstawie odpowiedzi udzielanych w ankietach, przedłożonych dokumentów oraz informacji zgromadzonych w systemach informatycznych Funduszu, a także późniejszych wyjaśnień. Dokonując weryfikacji oceny wszystkich ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu w zakresie, w jakim dotyczyło to stron przedmiotowego postępowania administracyjnego, Prezes Funduszu nie stwierdził błędów w ocenie związanej ze spełnieniem warunków wymaganych, a następnie w przyznaniu punktów oceny za poszczególne kryteria rankingujące. Porównanie wszystkich ofert złożonych w niniejszym postępowaniu nastąpiło również zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 Ustawy, bowiem komisja konkursowa nie zastosowała żadnych pozaustawowych kryteriów oceny względem któregoś z oferentów.

Należy tym samym stwierdzić, że zarówno w stosunku do Odwołujących, jak i pozostałych świadczeniodawców biorących udział w przedmiotowym postępowaniu, komisja konkursowa przeprowadziła badanie złożonych ofert pod kątem spełniania tych samych warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie stosując w tym względzie żadnych odstępstw czy preferencji. Każdy ze świadczeniodawców, którego oferta w przedmiotowym postępowaniu nie została odrzucona, spełnił

warunek dotyczący zapewnienia realizacji leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Tym samym wobec oferty Odwołujących nie zastosowano innego zakresu oceny, aniżeli wyżej wskazany. Fakt, że oferta Odwołujących nie została dopuszczona do dalszej części postępowania konkursowego i w konsekwencji nie mogła brać udziału w porównaniu ofert pod kątem spełnienia warunków rankingujących, decydujących ostatecznie o wartości punktowej oferty, jest wynikiem braku spełnienia warunków wymaganych. Z kolei na etapie oceny pozostałych ofert pod względem kryteriów rankingujących, została ona dokonana przez komisję konkursową w oparciu o te same pytania ankietowe, na które odpowiadali poszczególni oferenci, za które przysługiwała punktacja określona w treści rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert. Względem żadnego z nich nie zastosowano kryteriów, które w przedmiotowym postępowaniu nie podlegałyby ocenie. W tym zakresie komisja konkursowa nie naruszyła zatem zasady równego traktowania oferentów jak również zasady zachowania uczciwej konkurencji. Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że to dopuszczenie możliwości, w której stwierdzony brak spełnienia warunków wymaganych określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa nie spowodowałby odrzucenia oferty z powyższych powodów, naruszałoby w sposób oczywisty zasadę równego traktowania i zachowania uczciwej konkurencji. Przyjęcie takiej oferty do dalszej oceny na równi z innymi ofertami, nieobciążonymi stwierdzonym u Odwołujących brakiem, stanowiłoby naruszenie jednakowych dla wszystkich uczestników konkursu reguł postępowania, a tym samym stanowiłby rażące naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach.

Dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie jest również zrozumiałe twierdzenie Odwołujących zawarte w piśmie z dnia 22 września 2022 roku, że reprezentowany przez nich podmiot leczniczy został potraktowany jako placówka, która kontynuuje świadczenia w zakresie hospicjum stacjonarnego pomimo, że w ofercie udzielili odpowiedzi negatywnej w zakresie oceny kryterium ciągłości udzielanych świadczeń. Otóż, oferta Odwołujących nie została oceniona przez komisję konkursową pod względem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi w ankiecie stworzonej w oparciu o warunki kryterialne zawarte w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, bowiem została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy i nie podlegała takiej ocenie. Niemniej jednak należy wskazać, że według informacji zawartych w systemach informatycznych Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w dniu złożenia oferty w przedmiotowym postępowaniu Odwołujący nie realizowali na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie i Fundusz miał na ten temat wiedzę. Wobec powyższego udzielenie przez Odwołujących odpowiedzi negatywnych na pytania dotyczące

ciągłości udzielania świadczeń byłoby prawidłowe i nie otrzymaliby punktów za ten warunek rankingujący.

Wydaje się zatem, że pogląd ten Odwołujący wiąże z ewentualną powinnością po stronie Funduszu dotyczącą innego, a może wręcz preferencyjnego traktowania podmiotów, które do tej pory nie realizowały świadczeń w zakresie, którego dotyczy dane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od tych, które aktualnie takie umowy realizują. Świadczyć o takim zapatrywaniu mogłyby również pozostałe argumenty zawarte w piśmie z dnia 22 września 2022 roku, a dotyczące w szczególności czasu oczekiwania na uzyskanie wszelkich niezbędnych wpisów i zgód związanych z utworzeniem działu farmacji szpitalnej i podnoszony przez Odwołujących fakt, że w okresie pomiędzy ogłoszeniem o postępowaniu z dnia 19 maja 2022 roku a terminem składania ofert (9 czerwca 2022 roku), nie byłoby w stanie ich uzyskać.

Prezes Funduszu jest zdania, że taki rodzaj argumentacji należy jednak zdecydowanie odrzucić, jako jawnie sprzeczny z zasadą równego traktowania świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Należy w tym miejscu przypomnieć Odwołującym, co już w uzasadnieniu niniejszej decyzji wielokrotnie podkreślano, że główną zasadą prowadzonego postępowania konkursowego jest zapewnienie równego traktowania oferentów biorących w nim udział. Wobec tego nie jest możliwe stawianie innych, bardziej liberalnych warunków przystąpienia do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej względem tych podmiotów, które do tej pory nie udzielały tych świadczeń w oparciu o umowę z Funduszem. Zgodnie z poglądem wyrażonym w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 stycznia 2021 r. o sygn. II GSK 1894/18, „*Przejawem realizacji zasady równego traktowania jest stosowanie takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, a więc zakaz stosowania do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Naruszeniem zasady równego traktowania świadczeniodawców byłoby zatem stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców.*”. Wobec tego to na świadczeniodawcy ubiegającym się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie ciąży obowiązek weryfikacji wszelkich wymagań, jakie musi spełnić, aby jego oferta została dopuszczona do dalszej części postępowania i mogła konkurować z pozostałymi ofertami złożonymi w postępowaniu. Konsekwencją tego jest podjęcie wysiłku ich spełnienia we właściwym terminie, a zatem najpóźniej na dzień otwarcia ofert w przedmiotowym postępowaniu.

Analiza zgromadzonych w sprawie dokumentów oraz oświadczeń Odwołujących świadczy o tym, że obowiązkowi weryfikacji warunków niezbędnych i koniecznych dla realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnego, nie wykonali aż do dnia 28 lipca 2022 roku. Dopiero bowiem w tym dniu (po wezwaniu do złożenia wyjaśnień przez komisję konkursową) złożyli wniosek o wpis komórki organizacyjnej – Dział farmacji w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Wielkopolskiego. Ostatecznie wpis działu farmacji szpitalnej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz w rejestrze prowadzonym przez Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego uzyskali, jednak już po dniu otwarcia ofert w przedmiotowym postępowaniu.

Wbrew temu co twierdzą Odwołujący, ustawodawca nie dał żadnej możliwości przyjęcia w postępowaniu konkursowym oferty, która na dzień jej złożenia (najpóźniej na dzień otwarcia ofert), nie spełnia warunków wymaganych – w przypadku Odwołujących zapewnienia leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Potwierdza to również bogate orzecznictwo sądów administracyjnych, w części przytoczone w uzasadnieniu niniejszej decyzji. Nie jest również prawdą, że komisja konkursowa w powiadomieniu oferenta o rozstrzygnięciu protestu z dnia 10 sierpnia 2022 roku nie wskazała, że spełnianie warunków wymaganych i pozostałych oceniane jest właśnie według stanu na dzień otwarcia ofert, skoro takie rozstrzygnięcie znajduje się w treści ww. powiadomienia (str. 3-4).

Żadnym uzasadnieniem dla tej argumentacji nie może być również czas potrzebny na uzyskanie przez świadczeniodawcę niezbędnych wpisów, czy zezwoleń na wykonywanie działalności leczniczej w danym zakresie.

Wobec powyższego, w ocenie Prezesa Funduszu, brak jest podstaw do uznania za słuszny zarzutu stawianego przez Odwołujących w zakresie naruszenia art. 134 ustawy o świadczeniach, a tym samym zasady równego traktowania oferentów oraz zachowania uczciwej konkurencji.

Wymaga w tym miejscu również wskazania, że w myśl § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu, komisja konkursowa może żądać od oferenta złożenia wyjaśnień dotyczących oferty w toku całego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego komisja konkursowa miała prawo wezwać Odwołujących do złożenia wyjaśnień dotyczących treści złożonej oferty, na każdym etapie postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01. Jednocześnie, wbrew twierdzeniu Odwołujących, wezwanie do złożenia wyjaśnień z dnia 28 lipca 2022 roku dotyczyło wskazania sposobu realizacji leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, a to właśnie z uwagi na stwierdzony przez komisję konkursową brak wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą komórki organizacyjnej: 4922 – Apteka

szpitalna lub zakładowa albo 4924 – Dział farmacji, który powinien posiadać podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotnej szpitalne i inne niż szpitalne (str. 2 wezwania do złożenia wyjaśnień z dnia 28 lipca 2022 roku, odebranego osobiście przez przedstawiciela Odwołujących w tym samym dniu). Ponadto zgodnie z § 17 ust. 2 ww. rozporządzenia, komisja konkursowa może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa, a także zażądać przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, co w przedmiotowym postępowaniu konkursowym komisja uczyniła, m.in. względem Odwołujących. Brak jest przy tym przeszkód, aby po przeprowadzonej weryfikacji wzywać oferenta do złożenia wyjaśnień dotyczących oferty, skoro komisja konkursowa została do tego upoważniona w całym toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działanie komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 należy więc uznać za prawidłowe.

W kontekście braku wpisu Odwołujących w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie komórki organizacyjnej 4924 – Dział farmacji na dzień złożenia przez nich oferty w przedmiotowym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a najpóźniej na dzień otwarcia ofert, nie jest dla Funduszu zrozumiałe przytaczanie przez Odwołujących treści komunikatu Świętokrzyskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego. Przede wszystkim komunikat ten, co wynika w sposób oczywisty z jego treści, został wydany w niedługim czasie po zmianie brzmienia regulacji art. 87 Prawa farmaceutycznego, spowodowanej wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej (1 lipca 2011 roku) i dotyczy wyłącznie okresu przejściowego, który trwał i zakończył się w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ww. ustawy, a zatem 1 lipca 2012 roku. W rzeczonym komunikacie mowa bowiem o tym, że podmioty lecznicze, które w dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, tj. 1 lipca 2011 roku, nie posiadające apteki szpitalnej, a realizujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne, mają obowiązek dostosowania swojej działalności do obowiązujących przepisów w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, poprzez utworzenie apteki szpitalnej albo działu farmacji szpitalnej. Komunikat ten nie znajduje zatem żadnego zastosowania w aktualnej sytuacji dotyczącej Odwołujących. Na marginesie jedynie wypada zauważyć, że w żadnym miejscu Świętokrzyski Inspektor Farmaceutyczny nie wspomniał o wyłączeniu obowiązku dokonania stosownego wpisu ww. komórek organizacyjnych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wprost przeciwnie – wymagał dostosowania

działalności do obowiązujących przepisów, a zatem należy stwierdzić, że również obowiązkowi uzyskania stosowanego wpisu w ww. rejestrze, który to obowiązek przewidziano w nowo przyjętej wówczas ustawie o działalności leczniczej. Stąd też wniosek Odwołujących zawarty w treści odwołania: „Zgodnie z treścią komunikatu konieczne jest utworzenie działu farmacji szpitalnej natomiast nie jego formalna rejestracja w RPWDL.”, pozostaje bezprzedmiotowy.

W całości chybione pozostają natomiast następujące argumenty Odwołujących zawarte w treści odwołania: „(...) warunkiem utworzenia działu farmacji dla hospicjum, jest jego powstanie, które jest uwarunkowane zawarciem umowy o świadczenia hospicyjne” oraz: „(...) warunkiem w pełni uruchomienia działu farmacji dla hospicjum jest zawarcie umowy z NFZ na prowadzenie hospicjum.”. Podobny pogląd w tym zakresie Odwołujący wyrazili również w piśmie z dnia 22 września 2022 roku, wskazując m.in., że „(...) warunkiem legalności zarejestrowanej komórki jest uzyskanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w hospicjum stacjonarnym.”. Odwołujący uzasadnili ww. argumenty stanowiskiem Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, które nie zostało jednak poparte żadnym dokumentem. Twierdzenia te z gruntu należy uznać za nieprawdziwe, bowiem żaden przepis prawa powszechnie obowiązującego, w tym przede wszystkim regulacje zawarte w ustawie o działalności leczniczej, nie uzależniają wykonywania działalności leczniczej w danym rodzaju/zakresie od uprzedniego zawarcia umowy z Funduszem. Uzyskanie zezwolenia na utworzenie działu farmacji szpitalnej właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, zgodnie z treścią przepisów Prawa farmaceutycznego, również nie wymaga zawarcia takiej umowy, a obowiązek jej przedłożenia nie jest warunkiem koniecznym do złożenia wniosku o wydanie ww. zezwolenia. Wynika to również z informacji zawartych na stronach internetowych wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych dla podmiotów, które ubiegają się o uzyskanie ww. zezwolenia, gdzie wskazane są wymagane dokumenty do złożenia wraz z wnioskiem. Oczywistym jest bowiem, że działalność lecznicza może być prowadzona w formach przewidzianych w ww. ustawie niezależnie od tego, w jaki sposób jest finansowana – czy ze środków prywatnych pacjentów, czy też ze środków publicznych – w ramach m.in. umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nie wydaje się również konieczne, ani tym bardziej zasadne, pozyskiwanie przez Fundusz pisemnego stanowiska Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w tym przedmiocie, skoro sama aktualna sytuacja Odwołujących przeczy ich twierdzeniom. Nie mając bowiem zawartej umowy z Funduszem uzyskali zarówno wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie utworzenia komórki organizacyjnej – Dział farmacji, jak również zgodę Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego nr WIFPOIN.8540.1.6.2022 z dnia 22 września 2022 roku na

utworzenie działu farmacji szpitalnej w zakładzie leczniczym prowadzonego przez nich podmiotu leczniczego.

Odwołujący przedstawili również twierdzenie, mające na celu wzmocnić ich argumentację, zgodnie z którą wpis działu farmacji szpitalnej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie był wymagany, które dotyczyło braku konieczności przedstawiania promesy zatrudnienia farmaceuty mającego pełnić funkcję kierownika działu farmacji szpitalnej. Odwołujący wskazali w tym miejscu, że Fundusz wzywał oferentów do przedstawienia promes personelu wykazanego w ofercie, jednak z wyłączeniem farmaceuty. Takie działanie wskazuje – zdaniem Odwołujących – na spełnienie przez nich warunków formalnych postępowania konkursowego i „(...) *brak wymogu formalnego wyodrębnienia działu farmacji szpitalnej od oddziału hospicyjnego.*”.

Odnosząc się do powyższego należy przede wszystkim podkreślić, że w uzasadnieniu niniejszej decyzji w sposób szczegółowy wyjaśniono konieczność posiadania wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dotyczącym apteki szpitalnej lub zakładowej albo działu farmacji szpitalnej w zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne, aby można było mówić o zgodnym z prawem wykonywaniu działalności leczniczej w zakresie zapewnienia leczenia farmakologicznego, z uwzględnieniem przepisów Prawa farmaceutycznego. Wobec powyższego, w ocenie Prezesa Funduszu, powielanie tej argumentacji w tym miejscu pozostaje niecelowe, a Odwołujących należy odesłać do tych motywów uzasadnienia, popartych stosowanym orzecznictwem sądów administracyjnych, które dotyczą ww. kwestii.

Jednocześnie wypada wskazać, że rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych, w załączniku 2. część I. „Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych”, ustanawia warunki realizacji tego zakresu świadczeń, obejmujące przede wszystkim wymagania dotyczące personelu oraz sprzętu medycznego i pomocniczego. Zgodnie z treścią ww. regulacji, personelem wymaganym do realizacji świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, są: lekarz, pielęgniarka, psycholog (psychoonkolog), osoba prowadząca fizjoterapię oraz opiekun medyczny. W wyliczeniu celowo pominięto szczegółowe wymagania dotyczące kwalifikacji każdej z ww. osób, bowiem dla rozstrzygnięcia niniejszego postępowania nie przedstawia to znaczenia. Istotnie zatem, rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych nie wymienia w ramach personelu wymaganego do realizacji przedmiotowej umowy osoby farmaceuty.

W ocenie Prezesa Funduszu nie jest to jednak powód, dla którego uzasadnionym byłby wniosek sformułowany przez Odwołujących co do braku konieczności odrębnego wpisu w księdze rejestrowej działu farmacji szpitalnej. Należy w tym miejscu bowiem przypomnieć Odwołującym, że regulacje

dotyczące obowiązku zatrudnienia farmaceuty w dziale farmacji szpitalnej, pełniącego funkcję jego kierownika oraz dodatkowego farmaceuty zgodnie z art. 87a ust. 1 pkt 2 Prawa farmaceutycznego, zawarte są właśnie w ustawie Prawo farmaceutyczne. Utworzenie działu farmacji szpitalnej wymaga zgody/zezwoleń właściwego inspektora farmaceutycznego, który prowadzi rejestr udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej. Zgodnie również z wzorem „*Wniosku o wyrażenie zgody na utworzenie Działu farmacji Szpitalnej pełniącego funkcję apteki szpitalnej*”, zamieszczonego na stronie internetowej Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (przywołanego już w niniejszej decyzji), podmiot leczniczy ubiegający się o uzyskanie zgody na utworzenie działu farmacji szpitalnej, ma obowiązek załączyć do wniosku dokumenty dotyczące wskazania farmaceuty odpowiedzialnego za prowadzenie działu farmacji szpitalnej wraz z udokumentowaniem jego kwalifikacji zawodowych oraz przebiegu pracy zawodowej, a także oświadczenie farmaceuty o podjęciu obowiązków osoby odpowiedzialnej za funkcjonowanie tego działu.

Ponadto zgodnie z art. 88 ust. 1c Prawa farmaceutycznego, farmaceuta może być równocześnie kierownikiem apteki i działu farmacji szpitalnej albo dwóch działów farmacji szpitalnej po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, a w przypadku podmiotów nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej – Naczelnego Inspektora Farmaceutycznego Wojska Polskiego, który uwzględni wymiar zatrudnienia farmaceuty w tych jednostkach, zakres wykonywanych usług farmaceutycznych oraz godziny czynności każdej z nich. Zgoda w tym przypadku wydawana jest w formie decyzji administracyjnej. Wpis do rejestru udzielonych zezwoleń na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej obejmuje również wskazanie imienia i nazwiska kierownika apteki lub działu oraz jego identyfikator jako pracownika medycznego (art. 107 ust. 3 pkt 6 Prawa farmaceutycznego).

Wobec powyższego ocena wskazanego we wniosku farmaceuty odpowiedzialnego za funkcjonowanie działu farmacji szpitalnej pod kątem tego, czy będzie gwarantował prawidłową realizację zadań działu farmacji szpitalnej, o których mowa w art. 87 ust. 4d Prawa farmaceutycznego, należy wyłącznie do właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego. Jednocześnie w związku z tym, że celem nadzoru sprawowanego przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną jest zabezpieczenie interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego (art. 108 ust. 1 Prawa farmaceutycznego) oraz, że zgodnie z art. 109 pkt 13 ww. ustawy, zadaniem Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej jest kontrolowanie działów farmacji szpitalnej w zakresie świadczenia usług farmaceutycznych, to kwestie związane m.in.

z weryfikacją prawidłowej realizacji zadań przez działy farmacji szpitalnej, w tym poprzez zapewnienie prawidłowej obsady zatrudnionego w nich personelu, należą do kompetencji organów Inspekcji Farmaceutycznej. Skoro zatem dział farmacji szpitalnej zostaje utworzony zgodnie z przepisami Prawa farmaceutycznego i uzyskuje wpis w rejestrze prowadzonym przez właściwego inspektora farmaceutycznego, jak również, że organami właściwymi do kontrolowania prawidłowości wykonywanych przez tą komórkę organizacyjną zadań są organy Inspekcji Farmaceutycznej, brak jest kompetencji po stronie Funduszu do weryfikacji w ww. zakresie, również pod względem zatrudnienia w dziale farmacji szpitalnej farmaceuty.

Jednocześnie, w ocenie Prezesa Funduszu, błędny pozostaje następujący wniosek Odwoływających: „(...) *brak wymogu formalnego wyodrębnienia działu farmacji szpitalnej od oddziału hospicyjnego.*”. Otóż, dział farmacji szpitalnej jest zawsze odrębną od hospicjum stacjonarnego/stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej komórką organizacyjną, o czym jednoznacznie świadczą regulacje zawarte w ustawie o działalności leczniczej oraz w rozporządzeniu w sprawie kodów resortowych. W żadnym zatem wypadku dział farmacji szpitalnej nie jest częścią oddziału hospicyjnego. Co więcej, a o czym w sposób oczywisty stanowi art. 87 ust. 4c pkt 1 Prawa farmaceutycznego, dział farmacji szpitalnej – jako komórka organizacyjna – tworzony jest w zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne. Wykonywanie działalności leczniczej w dziale farmacji szpitalnej wymaga zatem bezwzględnie odrębnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dotyczącym tej właśnie komórki organizacyjnej.

Odnosząc się do zawartego w treści odwołania twierdzenia Odwoływających, że „*harmonogram ofertowy stanowiący załącznik do oferty nie przewidywał możliwości wskazania transportu medycznego jak również innych komórek organizacyjnych przedsiębiorcy wpisanego do RPWDL*”, należy wyjaśnić, co następuje. Przede wszystkim nie jest do końca precyzyjne, co Odwołujący rozumieją pod pojęciem „*harmonogram ofertowy stanowiący załącznik do oferty*”. Zgodnie bowiem z § 10 ust. 2 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ, oferta w formie pisemnej obejmuje: 1) wydruk formularza ofertowego, zgodny z jego postacią elektroniczną, opatrzone 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; 2) dokumenty i oświadczenia określone w § 14. Zgodnie z dalszymi regulacjami § 10 ww. zarządzenia, formularz ofertowy sporządzany jest z użyciem aplikacji ofertowej, w sposób określony przez dyrektora oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania oferty i zawiera:

- 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.

Wobec powyższego ofertę stanowi formularz ofertowy oraz – w formie załączników do niego – dokumenty, o których mowa w § 14 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ i ewentualnie inne dokumenty, które oferent decyduje się do oferty załączyć. Nie ma zatem mowy w § 10 ww. zarządzenia o „*harmonogramie ofertowym stanowiącym załącznik do oferty*”, co z kolei uniemożliwia odniesienie się przez Fundusz do treści dokumentu, który nie jest możliwy do zidentyfikowania.

Być może Odwołującym chodziło o to, że w formularzu ofertowym, w części III. „Wykaz miejsc udzielania świadczeń” oraz w części VI. „Szczegóły oferty” w zakresie dotyczącym oznaczenia miejsca udzielania świadczeń, wymagane jest wskazanie jedynie części VII i VIII kodu resortowego w zakresie dotyczącym przedmiotu prowadzonego postępowania, np. świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym oraz jedynie kodu i nazwy profilu medycznego odnoszących się również do przedmiotu postępowania. Nie ma zaś możliwości wskazania dodatkowych komórek organizacyjnych utworzonych w zakładzie leczniczym, w którym podmiot leczniczy udziela świadczeń. Należy jednak w tym miejscu wskazać, że taka zawartość formularza ofertowego ma odzwierciedlać przede wszystkim fakt, czy oferent ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma formalną możliwość wykonywania działalności

lecniczej w zakresie, którego dotyczy postępowanie konkursowe. Pozostałe wymagania dotyczące, m.in. możliwości zapewnienia transportu sanitarnego we własnym zakresie, jak również zapewnienia możliwości realizacji określonych świadczeń w ramach danego zakresu świadczeń, podlegają weryfikacji zgodnie z § 17 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu. Wydaje się jednak, że powołany przez Odwoływających argument pozostaje w ogóle bez znaczenia dla przedmiotowego rozstrzygnięcia.

Odwoływający, zarówno w treści odwołania, jak również w piśmie z dnia 22 września 2022 roku wskazali ponadto, że w warunkach oraz kryteriach oceny ofert, jak również w ogłoszeniu o postępowaniu z dnia 19 maja 2022 roku, brak było wskazania jako wymogu formalnego zarejestrowania działu farmacji szpitalnej. Odnosząc się do takiego twierdzenia należy przede wszystkim podkreślić, co już sygnalizowano w treści niniejszego uzasadnienia, że to oferent ma obowiązek zapoznać się ze wszystkimi warunkami realizacji świadczeń zdrowotnych w danym zakresie, poprzez analizę wymaganych aktów prawnych, aby w sposób staranny i rzetelny przygotować własną ofertę, za którą ponosi wyłączną odpowiedzialność. Z kolei kryteria oceny ofert, zgodnie z treścią art. 148 Ustawy, dotyczą w zasadzie warunków rankingujących, określonych ponad warunki wymagane, stąd trudno, aby w nich poszukiwać podstawowych wymagań dotyczących wykonywania działalności leczniczej w danym rodzaju/zakresie. Regulacje te, związane z przedmiotem postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01, zostały szeroko omówione w uzasadnieniu niniejszej decyzji. 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, a takim podmiotem są również Odwoływający. Zawarcie umowy z profesjonalistą stawia przed nim wyzwanie dołożenia staranności wyższej, analizowanej w oparciu o zawodowy charakter wykonywanej działalności. Tym samym to ten podmiot przejmuje na siebie całość ryzyka związanego z brakiem rzetelności w analizie stanu prawnego, w oparciu o którą przygotowuje własną ofertę. Przerzucanie odpowiedzialności z tego tytułu na Fundusz nie jest zatem zasadne.

Podsumowując powyższe rozważania należy stwierdzić, że samo przygotowanie przez Odwoływających odpowiednich pomieszczeń niezbędnych do utworzenia działu farmacji szpitalnej, nie stanowi o spełnieniu warunku wymaganego dla realizacji świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym w postaci zapewnienia leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, skoro Odwoływający nie posiadali w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wpisu w zakresie komórki organizacyjnej 4924 – Dział farmacji na dzień złożenia przez nich oferty, a najpóźniej na dzień otwarcia ofert w przedmiotowym

postępowaniu. Należy wyraźnie wskazać, co kilkakrotnie zostało już podkreślone, że 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. Oznacza to bowiem 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.

Fundusz docenia przy tym zaangażowanie Odwołujących w wyposażenie i przygotowanie ośrodka z własnych środków, co zostało podkreślone przez nich w złożonym odwołaniu, jednak ta okoliczność nie była przedmiotem oceny ich oferty pod kątem spełniania warunków wymaganych realizacji świadczeń będących przedmiotem postępowania konkursowego. Nie było to również elementem oceny ofert pod względem kryteriów rankingujących, a zatem i tak nie wpłynęłoby na końcową ocenę oferty Odwołujących, gdyby ich oferta została dopuszczona do dalszego etapu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ewentualne doświadczenie Odwołujących w opiece nad osobami starszymi miałoby jedynie znaczenie w przypadku oceny dokonywanej w zakresie kryterium ciągłości, jednak tylko wówczas, gdyby w dniu złożenia oferty realizowali na podstawie umowy z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach tego samego zakresu świadczeń i na tym samym obszarze, którego dotyczyło postępowanie konkursowe nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01.

Funduszowi znana jest ponadto treść raportu Najwyższej Izby Kontroli z roku 2019 w sprawie zapewnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej. Kierując się zatem potrzebami społecznymi w tym zakresie, uwzględniając przede wszystkim kierunki działań określone w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Wielkopolskiego na lata 2022-2026 (Dziennik Urzędowy Województwa Wielkopolskiego z 2021 r. poz. 999), Fundusz podjął działania mające na celu zakontraktowanie na terenie województwa wielkopolskiego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, ogłaszając w tym celu szereg postępowań konkursowych. Celem każdego postępowania jest natomiast wyłonienie świadczeniodawców dających rękojmię realizacji wysokiej jakości świadczeń, a zatem brak jest możliwości, aby takim podmiotem stał się oferent, który nie spełnia warunków wymaganych do realizacji świadczeń w danym zakresie.

Nie jest ponadto prawdą, że w postępowaniu nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostali wybrani wyłącznie świadczeniodawcy, którzy do tej pory realizowali przedmiotowe świadczenia w ramach umowy z Funduszem. Otóż, w ww. postępowaniu wybrano świadczeniodawcę, który do tej pory nie realizował świadczeń w zakresie, jakiego dotyczyło to postępowanie, a którym jest podmiot SALUS+

Spółka z o.o. Tym samym nader śmiały, o ile nie zbyt daleko idący, jest wniosek Odwołujących związany z „*utrzymywaniem monopolu dotychczasowych kontrahentów narodowego Funduszu Zdrowia i nierówne traktowanie nowych podmiotów*”. Wypada zatem wskazać, Fundusz nie stawia przeszkód do tego, aby w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej brali udział nowi świadczeniodawcy. Oferty w danym postępowaniu mogą zostać złożone przez nieograniczoną liczbę podmiotów wykonujących działalność leczniczą, z uwzględnieniem obszaru kontraktowania wskazanego w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, co z kolei jest emanacją zasady zachowania uczciwej konkurencji prowadzenia postępowania konkursowego. Wybór świadczeniodawcy do realizacji umowy wymaga jednak spełnienia przez niego szeregu warunków, w tym warunków wymaganych, które mają charakter niezbędnych i koniecznych, aby w ogóle ubiegać się o zawarcie umowy z Funduszem. Brak ich spełnienia skutkuje obligatoryjnym odrzuceniem oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy. Należy przypomnieć Odwołującym, że złożona przez nich oferta w przedmiotowym postępowaniu nie została nie wybrana, ale odrzucona właśnie z uwagi na niespełnianie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym nie jest naruszeniem zasady równego traktowania oferentów fakt, że komisja konkursowa nie przyjęła do dalszego etapu postępowania oferty, która podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 Ustawy. To właśnie przyjęcie takiej oferty do dalszej oceny na równi z innymi ofertami, nieobciążonymi stwierdzonym u Odwołujących brakiem, stanowiłoby naruszenie jednakowych dla wszystkich uczestników konkursu reguł postępowania, a tym samym stanowiłby rażące naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach.

W kontekście powtórzonych w piśmie z dnia 22 września 2022 roku zarzutów w zakresie utrzymywania monopolu dla podmiotów istniejących na rynku usług medycznych wypada raz jeszcze podkreślić, że celem postępowania konkursowego prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest siłowe utrzymanie tego samego składu świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach, bowiem przeczyłoby to zasadom równego traktowania oferentów i zachowania zasad uczciwej konkurencji, a o czym świadczą szeregi rozstrzygnięć postępowań, w których oferty podmiotów dotychczas realizujących umowy z Funduszem, nie zostały wybrane do zawarcia umowy na kolejny okres. Często jest tak, że właśnie nowe podmioty w taki sposób skonfigurują swoje oferty, że pomimo otrzymania przez dotychczasowych świadczeniodawców punktów w zakresie kryterium ciągłości, uzyskują zdecydowanie wyższe oceny ofert i w konsekwencji zostają wybrane do zawarcia umowy. Każdy z nowych podmiotów musi zmierzyć się z obowiązkiem spełnienia przede wszystkim warunków wymaganych i to jego

odpowiedzialnością jest spełnienie ich w wymaganym terminie. Zgodnie z poglądem wyrażonym przez Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 25 maja 2017 r. o sygn. II GSK 2345/15, „*W konkursie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej konkurują ze sobą nie oferty, lecz złożone przez nich oferty, których treść wyznaczają wyłącznie zawarte w nich dane, a więc dokumenty i złożone przez świadczeniodawcę oświadczenia. Zatem przeprowadzana (...) ocena ofert dokonuje się wyłącznie w oparciu o wszystkie zawarte w nich dane, niepodlegające późniejszemu uzupełnieniu czy korekcie (z zastrzeżeniem art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).*”.

Wymaga w tym miejscu wskazania, że organ rozpoznający odwołanie badał naruszenie interesu prawnego Odwołujących wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu był w tym przypadku skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowej, podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie badał, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania oraz, czy wskutek tego działania, został naruszony interes prawny Odwołujących. Biorąc pod uwagę całokształt zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego należy stwierdzić, że Odwołujący nie wykazali, jak również nie wykazała tego analiza działań podejmowanych przez komisję konkursową przeprowadzona w toku postępowania administracyjnego, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-22-000204/OPH/15/1/15.4180.021.02/01 w kontekście interesu prawnego Odwołujących, których oferta została odrzucona. Ustalono ponad wszelką wątpliwość, że złożona przez nich oferta zasadnie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych, tj. ze względu na niezapewnienie leczenia farmakologicznego, o którym mowa w § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Na dzień złożenia oferty (najpóźniej na dzień otwarcia ofert w przedmiotowym postępowaniu) w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ramach książki rejestrowej Odwołujących nie ujawniono wpisu w zakresie komórki organizacyjnej oznaczonej częścią VIII kodu resortowego: 4924 – Dział farmacji. Nie ulega wątpliwości, że działalność lecznicza może być wykonywana wyłącznie w granicach wpisu ujawnionego w ww. rejestrze, zaś weryfikacja tego stanu rzeczy następuje na dzień złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (najpóźniej na dzień otwarcia ofert). Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem sądów administracyjnych, oferta ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy i w całym okresie jej realizacji.

Biorąc pod uwagę motywy uzasadnienia niniejszej decyzji należy stwierdzić, że w odwołaniu nie wykazano, że komisja konkursowa naruszyła zasady prowadzenia postępowania nr 15-22-

W sentencji.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dyrektor
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
[Signature]
[Signature]

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.

72

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 9 egz.:

1. Barbara Łodziak, Adrian Łodziak, ul. Lechicka 100, 61-619 Poznań,
2. „Szpital Powiatowy we Wrześni” Spółka z o.o. w restrukturyzacji, ul. Słowackiego 2, 62-300 Września,
3. SALUS+ Spółka z o.o., ul. Zagorzynek 34, 62-800 Kalisz,
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach, ul. Szpitalna 2, 64-600 Oborniki,
5. Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań,
6. Szpital Chrztu Polski, ul. Św. Jana 9, 62-200 Gniezno,
7. Szpital w Puszczykowie im. S.T. Dąbrowskiego S.A, ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo.
8. 2 x a/a.

Opracowała Marta Węckowska

Wydział Organizacyjny

