

WO-DO.422.10.2022

Poznań, dnia 28 grudnia 2022 r.

DECYZJA NR 10/2022/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 2022 r. poz. 2561 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 2022 r., poz. 2000 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 6 grudnia 2022 roku postępowania nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych na obszarze powiatów: kolski, Konin, koniński, słupecki, turecki, wniesionego przez GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kaliszu (62-80), ul. T. Kościuszki 19/7, 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 29 września 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 nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych na obszarze powiatów: kolski, Konin, koniński, słupecki, turecki.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 5 588 608,32 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2023 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 2 (słownie: dwie).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 6 grudnia 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 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na obszarze powiatów: kolski, Konin, koniński, słupecki, turecki, złożono 3 (słownie: trzy) oferty:

- 1) oferta 15-23-000004[11/1]-0001/00 złożona przez oferenta PROMEDICA Spółka z o.o.,
- 2) oferta 15-23-000004[11/1]-0002/00 złożona przez oferenta DOM MEDICA Spółka z o.o.,
- 3) oferta 15-23-000004[11/1]-0003/00 złożona przez oferenta GO-MAX GROUP Spółka z o.o.

Postępowanie nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia od dnia 1 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na obszarze powiatów: kolski, Konin, koniński, słupecki, turecki, 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 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”;
- zarządzenia nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (ze zm.),
- 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), zwanego dalej „zarządzeniem nr 18/2017/DSOZ”;

o czym informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 29 września 2022 roku.

Warunki wymagane spełniało 3 (słownie: trzech) 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”:

- lekarz specjalista w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych - równoważnik co najmniej 3 etatów:
 - tak (18,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych (jedna odpowiedź do wyboru):
 - równoważnik co najmniej 4 etatów (10,00 punktów);
 - równoważnik co najmniej 2 etatów (5,00 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
- dietetyk - równoważnik co najmniej 1 etatu.:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/4 etatu.:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- psycholog lub psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- osoby wykonujące zawód medyczny posiadające doświadczenie w leczeniu żywieniowym dzieci do 3. roku życia:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

b) kategorii „Pozostałe warunki”:

- świadczeniodawca realizuje szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe.
 - tak (7,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- zapewnienie transportu mieszanin żywieniowych pojazdem przeznaczonym wyłącznie do transportu materiałów medycznych z wydzieloną przestrzenią ładowną wyposażoną w osobny mechanizm grzewczo-chłodzący.
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

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

- udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- obciążanie 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);
 - udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- d) kategorii „Pozostałe warunki” – część wspólna:
- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
 - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (2,00 punkty);
 - 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 (3,00 punkty);

- nie (0,00 punktów);

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) zapewnienie badań i zabiegów (jedna odpowiedź do wyboru):

- udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisanym w rejestrze, część VIII kodu resortowego - 4,00 punkty;
- oddział szpitalny zapewniający hospitalizację w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisany w rejestrze, realizujący umowę- w lokalizacji poradni prowadzącej żywienie dojelitowe - (2,00 punkty);
- żadne z powyższych – 0,00 punktów;

2) poradnie/oddziały/pracownie:

- poradnia prowadząca leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych - poradnia przyszpitalna:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- 4910 blok operacyjny - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- apteka szpitalna albo zakładowa – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- 910 pracownia endoskopii przewodu pokarmowego - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- zakład radiologii i diagnostyki obrazowej czynny całą dobę wpisany w rejestrze - w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- realizacja umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienie pozajelitowe w warunkach domowych:

- tak (2,00 punkty);
- nie (0,00 punktów);
- realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia naczyniowa lub chirurgia naczyniowa drugi poziom referencyjny:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie pediatria lub gastroenterologia dla dzieci:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

4. 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 (jedna odpowiedź do wyboru):
 - nieprzerwanie od 5 lat – 2,00 punkty;
 - nieprzerwanie od 10 lat – 5,00 punktów;
 - żadne z powyższych – 0,00 punktów;

5. 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);

- 6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej** – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 3,00 punkty).

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 6 grudnia 2022 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia od dnia 1 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych na obszarze powiatów: kolski, Konin, koniński, słupecki, turecki.

W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania jako podmioty, z którymi zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

- 1) DOM MEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 02-305 Warszawa, Aleje Jerozolimskie 134 (miejsce udzielania świadczeń: Poradnia Konin, ul. Wojska Polskiego, 62-500 Konin),

- 2) PROMEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 35-073 Rzeszów, ul. Plac Wolności 17 (miejsce udzielania świadczeń: Poradnia chorób jelitowych, ul. Wojska Polskiego 33B, 62-500 Konin).

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 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	DOSTĘPNOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. DOM MEDICA SPÓŁKA Z O.O.	PORADNIA KONIN, UL. WOJSKA POLSKIEGO 33, 62-500 KONIN	2,03	52,00	4,00	10,00	0,00	2,00	70,03	TAK
2. PROMEDICA SPÓŁKA Z O.O.	PORADNIA CHOROÓB JELITOWYCH. UL. WOJSKA POLSKIEGO 33B, 62-500 KONIN	3,00	52,00	6,00	0,00	0,00	0,00	61,00	TAK
3. GO-MAX SPÓŁKA Z O.O.	PORADNIA ŻYWIENIOWA UL. BRACI MARSZLÓW 4, 62-700 TUREK	3,00	42,00	4,00	5,00	0,00	2,00	56,00	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia od dnia 1 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych na obszarze powiatów: kolski, Konin, koniński, słupecki, turecki, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” część 6. „6. Przedmiot postępowania: Żywienie dojelitowe w warunkach

domowych” oraz Tabeli nr 2 „Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – część wspólna” załącznika nr 9 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Wskazać w tym miejscu należy, że na pytania ankietowe z części VIII. formularza ofertowego „Ankiety” oferty poddano ocenie w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent: DOM MEDICA Spółka z o.o.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych – równoważnik co najmniej 3 etatów, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 18,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarek posiadających zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych – równoważnik co najmniej 2 etatów albo równoważnik co najmniej 4 etatów, udzielił odpowiedzi „równoważnik co najmniej 4 etatów”, co skutkowało przyznaniem 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia dietetyka – równoważnik co najmniej 1 etatu udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia psychologa lub psychologa klinicznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia osób wykonujących zawód medyczny posiadających doświadczenie w leczeniu żywieniowym dzieci do 3. roku życia, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;

2) Pozostałe warunki:

- na pytanie o realizację szkolenia specjalizacyjnego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojletowe, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

- na pytanie o zapewnienie transportu mieszanin żywieniowych pojazdem przeznaczonym wyłącznie do transportu materiałów medycznych z wydzieloną przestrzenią ładowną wyposażoną w osobny mechanizm grzewczo-chłodzący, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;

3) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowość – część wspólna:

- na pytanie o udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o obciążanie 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”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem 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”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- na pytanie o stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

4) Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;
- zadeklarował certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;
- 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 przyznaniem 3,00 punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- na pytanie w zakresie zapewnienia badań i zabiegów udzielił odpowiedzi: udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisanym w rejestrze, część VIII kodu resortowego, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia poradni prowadzącej leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych – poradnia przyszpitalna, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia bloku operacyjnego – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia pracowni endoskopii przewodu pokarmowego – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

- na pytanie w zakresie zapewnienia zakładu radiologii i diagnostyki obrazowej czynnego całą dobę wpisanego w rejestrze – w lokalizacji, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- na pytanie o realizację umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie o realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia naczyniowa lub chirurgia naczyniowa drugi poziom referencyjny, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie o realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie pediatria lub gastroenterologia dla dzieci, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- udzielił odpowiedzi, 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 przyznaniem 5,00 punktów;
- udzielił odpowiedzi, 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 10 lat, co skutkowało przyznaniem 5,00 punktów;

V. W zakresie innych warunków:

- na pytanie dotyczące 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., udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,36 zł, za co otrzymał 2,03 pkt w dokonywanej ocenie oferty w zakresie kryterium ceny.

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: PROMEDICA Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych – równoważnik co najmniej 3 etatów, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 18,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarek posiadających zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych – równoważnik co najmniej 2 etatów albo równoważnik co najmniej 4 etatów, udzielił odpowiedzi „równoważnik co najmniej 4 etatów”, co skutkowało przyznaniem 10,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia dietetyka – równoważnik co najmniej 1 etatu udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia psychologa lub psychologa klinicznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia osób wykonujących zawód medyczny posiadających doświadczenie w leczeniu żywieniowym dzieci do 3. roku życia, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;

2) Pozostałe warunki:

- na pytanie o realizację szkolenia specjalizacyjnego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie o zapewnienie transportu mieszanin żywieniowych pojazdem przeznaczonym wyłącznie do transportu materiałów medycznych z wydzieloną przestrzenią ładowną wyposażoną w osobny mechanizm grzewczo-chłodzący, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;

3) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o obciążanie 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”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności niezależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

4) Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;
- zadeklarował certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;

- 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 przyznaniem 3,00 punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- na pytanie w zakresie zapewnienia badań i zabiegów udzielił odpowiedzi: udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisanym w rejestrze, część VIII kodu resortowego, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia poradni prowadzącej leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych – poradnia przyszpitalna, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia bloku operacyjnego – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia pracowni endoskopii przewodu pokarmowego – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia zakładu radiologii i diagnostyki obrazowej czynnego całą dobę wpisanego w rejestrze – w lokalizacji, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- na pytanie o realizację umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia pozajelitowe w warunkach domowych, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie o realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia naczyniowa lub chirurgia naczyniowa drugi poziom referencyjny, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

- na pytanie o realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie pediatria lub gastroenterologia dla dzieci, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- udzielił odpowiedzi, że w dniu złożenia oferty nie realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- udzielił odpowiedzi, że w dniu złożenia oferty nie realizuje na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

V. W zakresie innych warunków:

- na pytanie dotyczące 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., udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,20 zł za co otrzymał 3,00 pkt 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: GO-MAX GROUP Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych – równoważnik co najmniej 3 etatów, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 18,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia pielęgniarek posiadających zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych – równoważnik co najmniej 2 etatów albo równoważnik co najmniej 4 etatów, udzielił odpowiedzi „równoważnik co

najmniej 4 etatów” – w wyniku weryfikacji przez komisję konkursową prawidłowości i prawdziwości udzielonej odpowiedzi stwierdzono, że dostępność deklarowanego przez oferenta personelu dla celów realizacji umowy, która miała zostać zawarta w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, pozwalała na spełnienie warunku dodatkowo ocenianego w zakresie „równoważnika co najmniej 2 etatów”, wobec czego skutkowało to przyznaniem 5,00 punktów;

- na pytanie dotyczące zapewnienia dietetyka – równoważnik co najmniej 1 etatu udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia psychologa lub psychologa klinicznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia osób wykonujących zawód medyczny posiadających doświadczenie w leczeniu żywieniowym dzieci do 3. roku życia, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów;

2) Pozostałe warunki:

- na pytanie o realizację szkolenia specjalizacyjnego lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie o zapewnienie transportu mieszanin żywieniowych pojazdem przeznaczonym wyłącznie do transportu materiałów medycznych z wydzieloną przestrzenią ładowną wyposażoną w osobny mechanizm grzewczo-chłodzący, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;

3) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- na pytanie o braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- na pytanie o obciążanie 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”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - na pytanie o pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - na pytanie o niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - na pytanie o udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem 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”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - na pytanie o stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - na pytanie o brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 4) Pozostałe warunki – część wspólna:
- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;
 - nie zadeklarował certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
 - 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;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- na pytanie w zakresie zapewnienia badań i zabiegów udzielił odpowiedzi: udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisanym w rejestrze, część VIII kodu resortowego, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia poradni prowadzącej leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych – poradnia przyszpitalna, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia bloku operacyjnego – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia apteki szpitalnej albo zakładowej – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia pracowni endoskopii przewodu pokarmowego – wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie w zakresie zapewnienia zakładu radiologii i diagnostyki obrazowej czynnego całą dobę wpisanego w rejestrze – w lokalizacji, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- na pytanie o realizację umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie o realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia naczyniowa lub chirurgia naczyniowa drugi poziom referencyjny, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie o realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie pediatria lub gastroenterologia dla dzieci, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- udzielił odpowiedzi, 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 przyznaniem 5,00 punktów;
- udzielił odpowiedzi, że w dniu złożenia oferty nie realizuje na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

V. W zakresie innych warunków:

- na pytanie dotyczące 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., udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,26 zł, za co otrzymał 3,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty w zakresie kryterium ceny.

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.

Rozstrzygnięcie postępowania nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 nastąpiło w dniu 6 grudnia 2022 roku.

W dniu 14 grudnia 2022 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 (data nadania w placówce pocztowej: 13 grudnia 2022 roku), wniesione przez GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. T. Kościuszki 19/7, zwanego dalej „Odwołującym”. Odwołanie zostało wniesione w przewidzianym do tego terminie.

Odwołujący wskazał, że w toku postępowania konkursowego został wezwany do złożenia wyjaśnień w zakresie koincydencji czasu pracy osoby personelu medycznego – pielęgniarki S. K. z innym oferentem. Komisja konkursowa, pomimo złożenia przez ww. pielęgniarkę oświadczenia potwierdzającego fakt zawarcia umowy z Odwołującym na udzielanie świadczeń zgodnie z harmonogramem wskazanym w ofercie, dokonała korekty punktów rankingujących Odwołującego poprzez ich odjęcie, co zdaniem Odwołującego spowodowało spadek jego oferty w rankingu ofert

przedmiotowego postępowania oraz niewybranie go jako podmiotu, z którym Fundusz zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Odwołujący wskazał również, że koincydencja spowodowana była „nałożeniem się” czasu pracy u innego oferenta – P. Spółka z o.o. z siedzibą w B., który złożył ofertę w postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01.

Odwołujący przywołał treść art. 134 Ustawy wskazując jednocześnie, że komisja konkursowa niesłusznie odjęła punkty rankingujące i nie przyjęła jego wyjaśnień. Wniósł ponadto o umożliwienie wglądu do ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu oraz w postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01.

Do wniesionego odwołania załączono:

- 1) kopię wyjaśnień Odwołującego z dnia 22 listopada 2022 roku złożonych w toku prowadzonego postępowania konkursowego,
- 2) kopię zawiadomienia wystosowanego do Odwołującego przez komisję konkursową o wprowadzonej zmianie w odpowiedziach ankietowych z dnia 24 listopada 2022 roku,
- 3) wydruk informacji z Krajowego Rejestru Sądowego w celu potwierdzenia umocowania p. Ewy Goździewicz jako członka zarządu do samodzielnej reprezentacji spółki GO-MAX GROUP Spółka z o.o.

Pismami z dnia 14 grudnia 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 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 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 2022 r. poz. 2000 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 15 grudnia 2022 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działający w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydał postanowienie nr 6/2022 w przedmiocie przeprowadzenia dowodu z oryginałów dokumentów zawartych w ofercie podmiotu leczniczego P. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w B., złożonej w postępowaniu konkursowym nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski,

międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński, w postaci:

- 1) części VI formularza ofertowego „Szczegóły oferty” wyłącznie w zakresie dotyczącym deklarowanej przez ww. oferenta tygodniowej dostępności czasu pracy Pani S. K., z uwzględnieniem szczegółowego tygodniowego harmonogramu dostępności godzinowej ww. osoby w poszczególnych dniach dla realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ww. podmiotu leczniczego w związku ze złożoną przez ten podmiot ofertą w postępowaniu konkursowym nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 (karty nr 10-14 oferty),
- 2) oświadczenia Pani S. K. załączonego do formularza ofertowego, dotyczącego zobowiązania do podjęcia współpracy w ramach deklarowanej przez nią dostępności czasu pracy z uwzględnieniem szczegółowego tygodniowego harmonogramu dostępności godzinowej w poszczególnych dniach dla realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ww. podmiotu leczniczego w związku ze złożoną przez ten podmiot ofertą w postępowaniu konkursowym nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 (karty nr 90-91 oferty),

na okoliczność wykazania, czy zachodzi koincydencja czasu pracy Pani S. K., jako osoby personelu medycznego zadeklarowanej do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, wynikająca z porównania szczegółowego tygodniowego harmonogramu dostępności w poszczególnych dniach wykazanych w ofercie podmiotu leczniczego P. Spółka z o. o. złożonej w postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 oraz szczegółowego harmonogramu dostępności w poszczególnych dniach wykazanych w ofercie podmiotu leczniczego GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością złożonej w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01. Kopie wskazanych dokumentów stanowią załączniki do wskazanego postanowienia.

Dodatkowo, w związku z wnioskiem Odwołującego dotyczącym zapewnienia wglądu do ofert złożonych w postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, pismem z dnia 15 grudnia 2022 roku powiadomiono Odwołującego, że wgląd do ofert złożonych w innym postępowaniu aniżeli to, którego dotyczy wniesione odwołanie, możliwy jest wyłącznie w oparciu o art. 135 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach, a zatem poza prowadzonym postępowaniem administracyjnym. Jednocześnie poinformowano Odwołującego o wydaniu postanowienia nr 6/2022.

W dniu 22 grudnia 2022 roku z uprawnienia do przeglądania akt sprawy skorzystał Odwołujący. W tym samym dniu Odwołujący złożył do akt oświadczenie o zmianie adresu do doręczeń w przedmiotowym postępowaniu, wskazując: 62-800 Kalisz, ul. Zagorzynek 34.

W dniu 27 grudnia 2022 roku na Elektroniczną Skrzynkę Podawczą Funduszu wpłynęło pismo Odwołującego z dnia 27 grudnia 2022 roku zatytułowane „Uzupełnienie odwołania od wyników

konkursu” w zakresie dotyczącym postępowania nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01. W rzeczonym piśmie Odwołujący podniósł, że podtrzymuje wniesione odwołanie oraz wskazuje na nieprawidłowości w postępowaniu komisji konkursowej, których stwierdzenie nie pozwala przyjąć, że postępowanie to było prowadzone w zgodzie z art. 134 Ustawy.

W części I. ww. pisma Odwołujący podniósł, po pierwsze, że oferent PROMEDICA Spółka z o.o. (zwany dalej: „oferentem Promedica”) przedstawił w ofercie nieaktualny, nieprzetłumaczony na język polski certyfikat ISO 9001:2015 oraz certyfikat ISO 27001:2013, co według jego oceny pozostaje sprzeczne z § 13 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ. W załączeniu przedstawił wydruk wykonanych fotografii z akt postępowania z oznaczonymi miejscami, gdzie brak jest przetłumaczenia na język polski. Ponadto przedstawił wykonane na własne żądanie potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie tłumaczeń ww. dokumentów przez tłumacza przysięgłego (nr na liście tłumaczy przysięgłych prowadzonej przez Ministra Sprawiedliwości – TP/13/20). Zgodnie z twierdzeniem zawartym w piśmie z dnia 27 grudnia 2022 roku ww. dokumenty potwierdzają, że data wydania certyfikatu to 21 stycznia 2021 r., a okres obowiązywania to 14.02.2021 do 13.02.2022 oraz fakt, że każdorazowo wymagana jest weryfikacja ważności certyfikatu na stronie www.gcerti.com. W ocenie Odwołującego zastanawiające jest, że z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zwanego dalej: „RPWDL”) wynika, że oferent Promedica utworzył komórkę nr 288 Poradnia Chorób Jelitowych w Koninie przy ul. Wojska Polskiego 33B w dniu 7 października 2022 r. i uzyskał certyfikację wdrożenia ISO w ww. komórce, a przedstawił certyfikaty z datą wydania 14 lutego 2021 roku. Jednocześnie zaznaczył, że weryfikacja ww. certyfikatów na stronie www.gcerti.com wskazuje, że ostatnią datą zatwierdzenia ww. certyfikatów jest 8 września 2022 r., co jest kolejnym argumentem przemawiającym za tym, że ww. certyfikaty zostały przedłożone jako dokumenty nieaktualne. Wskazał również, że podmiot wystawiający ww. certyfikaty nie posiada akredytacji Polskiego Centrum Akredytacji.

Wobec powyższego Odwołujący stwierdził, że oferent Promedica złożył ofertę niespełniającą wymogów postępowania konkursowego, o których mowa w zarządzeniu nr 18/2017/DSOZ, a nawet celowo chciał wprowadzić komisję konkursową w błąd.

Po drugie Odwołujący wskazał, że oferent Promedica przedstawił nieprawdziwą informację w złożonej ofercie w zakresie dostępności sprzętu do wykonywania badań USG. Odwołujący zauważył, że w dwóch ofertach – jednej złożonej w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 oraz drugiej – złożonej w innym postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 (co wynika z wystosowanego do oferenta Promedica przez komisję konkursową wezwania do złożenia wyjaśnień z dnia 23 listopada 2022 roku) ww. wykazał te same aparaty USG:

1) kod 0020263 USG MINDRAY, DP6900, NK-93000062, rok produkcji 2009,

2) kod 0010263 USG GE HEALTHCARE. VIVID S5 3727VS5, rok produkcji 2012,

co zostało potwierdzone w wyniku weryfikacji miejsca udzielania świadczeń w dniu 2 listopada 2022 roku. Zdaniem Odwołującego w przesłanych wyjaśnieniach z dnia 24 listopada 2022 roku oferent Promedica nie stwierdził, że doszło do niezamierzonej pomyłki pisarskiej, tylko zażądał zmiany oferty w trakcie trwania konkursu stwierdzając, że pozostawia w ofercie tylko jeden z ww. aparatów USG, co według Odwołującego odpowiada podaniem nieprawdziwych informacji w ofertach złożonych w obu postępowaniach konkursowych. Ponadto wskazał, że protokół weryfikacji z 2 listopada 2022 roku wyraźnie wskazuje, że ww. sprzęt oraz skaner DICOM dostarczono w kartonach i nie przebywały cały czas w miejscu udzielania świadczeń pomimo, że zobowiązuje do tego złożona oferta. Jednocześnie wskazał, że w trakcie weryfikacji nie potwierdzono możliwości skanowania w formacie DICOM, w protokole nie zawarto informacji o jakimkolwiek sprzęcie informatycznym do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, co oferent Promedica zadeklarował w ofercie jako warunek dodatkowo oceniany.

W części II. pisma z dnia 27 grudnia 2022 roku Odwołujący odniósł się po raz kolejny do zmiany punktacji jego oferty za warunek dodatkowo oceniany „*SOK_6 Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu żywienia dojelitowego w warunkach domowych*”, na co nie może przystać. Przede wszystkim podkreślił, że skoro osobę personelu o inicjałach S.K. łączy z nim umowa cywilno-prawna obejmująca zakres prowadzonego postępowania i zawierająca postanowienia już wcześniej cytowane, a także oświadczenie ww. osoby potwierdzające fakt zawarcia takiej umowy i deklarację udzielania świadczeń zgodnie z treścią oferty Odwołującego, zaś inny oferent przedstawił wyłącznie promesę podjęcia takiej współpracy przez Panią S.K., to jest oczywistym, że aktem wyższej rangi jest zawarta przez Odwołującego umowa, nie zaś wyrażenie chęci podjęcia współpracy z innym świadczeniodawcą. Tym samym ewentualna zmiana punktacji powinna nastąpić w ofercie tego drugiego świadczeniodawcy złożonej w innym postępowaniu.

Jednocześnie jednak podniósł, że oferta tego drugiego podmiotu została odrzucona z uwagi na niespełnianie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa w tym warunków określanych przez Prezesa Funduszu, a zatem nie powinna być brana pod uwagę w dalszym przebiegu konkursu. W ocenie Odwołującego skoro oferta innego podmiotu została odrzucona, nie powinna być brana pod uwagę przy weryfikacji z innymi ofertami. Tym samym w dniu powiadomienia Odwołującego o zmianie punktacji za ww. warunek dodatkowo oceniany nie zachodziła koincydencja czasu pracy osoby S.K.

Odwołujący wskazał, że z uwagi na podniesione zarzuty postępowanie konkursowe nie było prowadzone z poszanowaniem zasady równości oraz nie zagwarantowało zachowania uczciwej konkurencji.

Do ww. pisma Odwołujący załączył:

- 1) wydruk KRS potwierdzający umocowanie p. Ewy Goździewicz do reprezentowania Odwołującego,
- 2) wydruki skanu certyfikatu ISO 9001:2015 z oferty oferenta Promedica złożonej w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01,
- 3) wydruki skanu certyfikatu ISO 27001:2013 z oferty oferenta Promedica złożonej w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01,
- 4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię tłumaczenia na język polski przez tłumacza przysięgłego certyfikatu ISO 9001:2015 oferenta Promedica,,
- 5) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię tłumaczenia na język polski przez tłumacza przysięgłego certyfikatu ISO 27001:2013 oferenta Promedica,
- 6) wyciąg z RPWDL dla podmiotu PROMEDICA Spółka z o.o.,
- 7) wydruk zrzutu ekranu – weryfikacja certyfikatów PROMEDICA Spółka z o.o. ze strony internetowej www.gcerti.com wskazujący, że ostatnią datą zatwierdzenia certyfikatu jest 8 września 2022 r.

Na skutek wniesionego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 6 grudnia 2022 roku postępowania numer 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 stycznia 2023 roku do dnia 31 grudnia 2027 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na obszarze powiatów: kolski, Konin, koniński, słupecki, turecki, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w odwołaniu oraz piśmie z dnia 27 grudnia 2022 roku i złożonych do niego załączników. Rozpatrzone zostały ponadto zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania konkursowego, a także dowody z dokumentów przeprowadzonych zgodnie z treścią postanowienia nr 6/2022 z dnia 15 grudnia 2022 roku.

Mając na względzie poczynione ustalenia, stwierdzić należało, co następuje.

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.

W postępowaniu konkursowym nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 udział wzięło 3 (słownie: trzech) oferentów, z których każdy konfigurował swoją ofertę w sposób indywidualny. Każdy z nich spełnił warunki wymagane określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, stąd żadna ze złożonych ofert nie podlegała odrzuceniu z uwagi na przesłankę, o której mowa w art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy.

Należy w tym miejscu wskazać, że wszelkie oświadczenia świadczeniodawców zawarte w złożonych ofertach musiały być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty, jak i od początku obowiązywania umowy, co ma na celu zapewnienie trwałości spełniania warunków w tak określonej przestrzeni czasowej, a co za tym idzie również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o świadczenia opieki zdrowotnej. Jak podkreślił Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 10 listopada 2016 r. o sygn. akt II GSK 912/15, „(...) oferta ma być bowiem aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzenia możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego.”. Konsekwencją powyższego jest wniosek, że spełnianie przez oferenta wymagań (warunków)

dotyczących pomieszczeń, sprzętu i personelu podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. Komisja konkursowa dysponuje zatem kompetencją do weryfikacji treści złożonej oferty pod względem tego, czy deklarowane przez oferentów wszelkie dane lub warunki są faktycznie spełnione.

W złożonym odwołaniu Odwołujący podważył zasadność i prawidłowość przyznania mniejszej ilości punktów za warunek rankingujący (dodatkowo oceniany) ujęty w części VIII. Formularza ofertowego „Ankiety”: Rozdział 2 Jakość 2.1 Personel 2.1.2 „*SOK_6 Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu żywienia dojelitowego w warunkach domowych*”. Zgodnie z treścią załącznika nr 9 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert na ww. pytanie możliwe było udzielenie alternatywnie następujących odpowiedzi: 1) równoważnik co najmniej 2 etatów – za co oferent mógł otrzymać 5,00 punktów albo 2) równoważnik co najmniej 4 etatów – za co oferent mógł otrzymać 10,00 punktów albo 3) żadna z powyższych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów.

Na wskazane pytanie Odwołujący w złożonej ofercie udzielił odpowiedzi: „równoważnik co najmniej 4 etatów”. Komisja konkursowa, korzystając z przysługującego jej uprawnienia do szczegółowej weryfikacji treści oferty, zarówno pod kątem prawdziwości jak i prawidłowości złożonego oświadczenia, ustaliła, że Odwołujący spełnia ww. warunek, jednak w zakresie dotyczącym jedynie „równoważnika co najmniej 2 etatów”. Komisja konkursowa powiadomiła zatem Odwołującego o przyznaniu za spełnienie ww. warunku 5,00 zamiast oczekiwanych przez niego 10,00 punktów.

W ocenie Odwołującego przyznanie przez komisję konkursową w konsekwencji jedynie 5,00 punktów za ww. warunek dodatkowo oceniany, w sposób znaczący obniżyło ocenę jego oferty, a to z kolei spowodowało, że nie został wybrany jako realizator umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Odwołujący upatruje w powyższej okoliczności, jak również w fakcie nieprzyjęcia przez komisję konkursową jego wyjaśnień złożonych w toku postępowania konkursowego, naruszenia zasady wyrażonej w art. 134 Ustawy.

W myśl art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. W kontekście wskazanej regulacji zasadne jest twierdzenie, że celem tego postępowania jest weryfikacja rozstrzygnięcia konkursu pod kątem ewentualnego naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania konkursowego, które mogło skutkować naruszeniem interesu prawnego odwołującego się. Do uszczerbku w interesie prawnym odwołującego się, wyznaczającego zakres kontroli administracyjnej rozstrzygnięcia konkursowego, może dojść wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ

na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy, a posiadanie interesu prawnego związane jest z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że oferent pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 marca 2017 r., II GSK 2007/15).

Wobec powyższego fundamentalne znaczenie dla instytucji środka odwoławczego w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma właśnie pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Należy je identyfikować jako określone prawo podmiotowe, a zatem pewne korzyści o charakterze prawnym, przyznane przez konkretną normę prawa materialnego. Co istotne, interes prawny musi mieć charakter rzeczywisty i indywidualny oraz istniejący w konkretnych okolicznościach i czasie. Ustalenie interesu prawnego wymaga zatem zidentyfikowania zależności pomiędzy przepisem prawa materialnego a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 listopada 2013 r., II GSK 1207/12). Takie ujęcie interesu prawnego, a dokładniej – jego uszczerbku w stosunku do danego świadczeniodawcy, determinuje zasadniczo sposób prowadzenia postępowania w przypadku wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ust. 1 Ustawy. Warto w tym miejscu przytoczyć pogląd zaprezentowany przez Naczelnego Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 25 listopada 2016 r., II GSK 1317/15, zgodnie z którym *„Rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w zw. z art. 152 ustawy (...) jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym oferenta, zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert. W praktyce ocena ta sprowadza się do ustalenia czy w postępowaniu wystąpiły takie błędy Komisji, które spowodowały, że ocena oferty odwołującego się została zaniżona albo oceny ofert pozostałych oferentów zostały zawyżone.”*

W kontekście stwierdzonych przez komisję konkursową nieprawidłowości w ofercie Odwołującego oraz zarzutów odwołania analiza tej oferty wiedzie do wniosku, że w zakresie dotyczącym personelu pielęgniarstwa, deklarowanego dla realizacji świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania konkursowego nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, Odwołujący wskazał następujące osoby:

- 1) pielęgniarka (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 18) – deklarowana tygodniowa dostępność w ramach wizyt domowych: poniedziałek – piątek od 12.00 do 16.00, łącznie 20 godzin/tydzień,
- 2) pielęgniarka (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 22) – deklarowana tygodniowa dostępność w ramach wizyt domowych: poniedziałek – piątek od 16.00 do 20.00, łącznie 20 godzin/tydzień,

- 3) pielęgniarka (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 10) – deklarowana tygodniowa dostępność w ramach wizyt domowych: poniedziałek – sobota od 15.00 do 16.30 oraz w niedzielę od 15.30 do 17.00, łącznie 10 godzin 30 minut/tydzień,
- 4) pielęgniarka (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 15) – deklarowana tygodniowa dostępność w ramach wizyt domowych: poniedziałek – piątek od 17.00 do 20.00, łącznie 15 godzin/tydzień,
- 5) pielęgniarka (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 20) – deklarowana tygodniowa dostępność w ramach wizyt domowych: poniedziałek – piątek od 15.00 do 20.00 oraz w sobotę od 8.00 do 13.00, łącznie 15 godzin/tydzień,
- 6) pielęgniarka (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 1) – deklarowana tygodniowa dostępność w ramach wizyt domowych: poniedziałek – wtorek od 12.00 do 16.00, w czwartek od 15.00 do 20.00 oraz w sobotę i niedzielę od 12.00 do 18.00, łącznie 25 godzin/tydzień,
- 7) pielęgniarka (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 7, **pielęgniarka o inicjałach S.K**) – deklarowana tygodniowa dostępność w ramach wizyt domowych: środa od 15.00 do 20.00 oraz sobota i niedziela od 8.00 do 18.00, łącznie 25 godzin/tydzień,
- 8) pielęgniarka (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 2) – deklarowana tygodniowa dostępność w ramach wizyt domowych: poniedziałek – piątek od 15.00 do 18.00, w soboty od 8.00 do 12.00 oraz w niedziele od 8.00 do 10.30, łącznie 21 godzin 30 minut/tydzień.

Łącznie w złożonej ofercie Odwołujący wykazał dostępność ww. personelu pielęgniarskiego w wymiarze 152 godzin/tydzień, co w przeliczeniu na etat (37 godzin 55 minut/tydzień) daje równoważnik 4 etatów. Powyższe stało się podstawą do udzielenia przez Odwołującego odpowiedzi na pytanie 2.1.2 z części VIII formularza ofertowego „równoważnik co najmniej 4 etatów”, jako warunku, za który zgodnie z rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert przysługiwało 10,00 punktów w ramach kryterium jakości.

Do złożonej oferty Odwołujący nie załączył umów zawartych z ww. personelem lub oświadczeń ww. personelu złożonych w zakresie deklarowanej współpracy z podmiotem Odwołującego w dniach i godzinach wskazanych przez niego w ofercie, przedstawiając wyłącznie kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe.

Otwarcie ofert nastąpiło w dniu 18 października 2022 roku.

Należy w tym miejscu wskazać, że zgodnie z § 10 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ, oferent obowiązany jest złożyć ofertę w formie pisemnej oraz elektronicznej. Utrwalenie oferty elektronicznej ma nastąpić na nośniku elektronicznym, opisanym zgodnie z treścią § 12 ust. 2 pkt 4 ww. zarządzenia.

Mając powyższe na uwadze oraz fakt, że każda oferta w formie elektronicznej zostaje zaczytana do systemu informatycznego Funduszu, komisje konkursowe dysponują systemową możliwością weryfikacji ofert złożonych zarówno w danym postępowaniu jak również w innych postępowaniach prowadzonych w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przede wszystkim w zakresie dotyczącym konfliktów personelu wykazanego w różnych ofertach przez różnych świadczeniodawców. Po przeprowadzeniu weryfikacji systemowej, czego dowodem jest wydruk wykonany przez komisję konkursową w dniu 14 listopada 2022 roku o godz. 15:43 z informacją o wykrytym konflikcie personelu pomiędzy ofertą złożoną przez Odwołującego w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 a ofertą oznaczoną numerem 15-00-08306-0005-23 złożoną przez innego świadczeniodawcę w postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na obszarze powiatów: gnieźnieński, grodziski, międzychodzki, nowotomyski, obornicki, Poznań, poznański, szamotulski, średzki, śremski, wrzesiński, stwierdzono wystąpienie konfliktu czasu pracy pielęgniarki S.K. w sobotę od 15.00 do 18.00. Jak wspomniano wcześniej, Odwołujący wykazał ww. pielęgniarkę (unikalny wyróżnik osoby w ofercie – 7) jako personel z deklarowaną dostępnością m.in. w soboty od 8.00 do 18.00, natomiast drugi z oferentów wykazał tę samą osobę jako personel z deklarowaną dostępnością również m. in. w sobotę od 15.00 do 20.00 (wydruk wykonany przez komisję konkursową zamieszczony w teczce z ofertą Odwołującego).

W wyjaśnieniach złożonych na wezwanie komisji konkursowej z dnia 21 listopada 2022 roku, dotyczących spełnienia zadeklarowanego w ofercie warunku dodatkowo ocenianego w zakresie personelu pielęgniarskiego, Odwołujący wskazał, że osoba personelu pielęgniarskiego o inicjałach S. K. nie uzgodniła z nim faktu podjęcia współpracy z innym podmiotem, a ponadto że okoliczność ta została przed Odwołującym zatajona. Do wyjaśnień z dnia 22 listopada 2022 roku załączył kopię umowy zawartej z ww. osobą na okres od 22 sierpnia 2022 roku do 31 grudnia 2024 r., cytując fragmenty jej treści, zawarte w § 3 ww. umowy: „3 1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych według opracowywanego co miesiąc rozkładu usług. 2. Terminy i ilość godzin udzielania usług do wykonania określa harmonogram pracy komórki organizacyjnej oraz harmonogram pracy Przyjmującego Zamówienie zgłoszony przez Zamawiającego do WOW NFZ. W razie potrzeby Udzielający Zamówienia może wyznaczyć dzień i godziny konieczne dla zabezpieczenia ciągłości pracy. 3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania ustalonych terminów i godzin świadczenia usług.”.

Jednocześnie w ww. wyjaśnieniach oświadczył, że nie chcąc ograniczać możliwości dodatkowego zatrudnienia pielęgniarki S.K. przez innego świadczeniodawcę, może – za zgodą komisji konkursowej – dokonać korekty harmonogramu wskazanego w ofercie eliminując koincydencję. Zaproponował przeniesienie godzin z konfliktu z soboty na inny dzień tygodnia (piątek) od 15.00 do 18.00.

Do wyjaśnień załączył również oświadczenie złożone przez S.K. w dniu 22 listopada 2022 r., w którym oświadczyła, że potwierdza fakt zawarcia z Odwołującym umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych z dnia 22 sierpnia 2022 roku i realizację tych świadczeń w chwili obecnej, a także deklarację udzielania świadczeń jako pielęgniarka w wymiarze czasu pracy wskazanym w harmonogramie i w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie nr 15-23-000004[11/1]-0003/00.

Komisja konkursowa, po analizie zgromadzonych informacji, dokumentów i wyjaśnień Odwołującego powiadomiła go o przyznaniu za warunek dodatkowo oceniany „SOK_6 Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu żywienia dojelitowego w warunkach domowych” 5,00 punktów w ocenie oferty stwierdzając, że zaistniały konflikt czasu pracy osoby S.K. nie pozwala na uwzględnienie jej dostępności godzinowej w soboty od 8.00 do 18.00 a jedynie od 8.00 do 15.00. Powyższe spowodowało zmniejszenie ogólnej liczby godzin tygodniowej dostępności personelu pielęgniarskiego w ofercie Odwołującego ze 152 godzin na 149 godzin, co z kolei w wyniku przeliczenia na liczbę etatów wynosi ok. 3,93 etatu. Wobec powyższego na ww. pytanie prawidłową odpowiedzią była odpowiedź „równoważnik co najmniej 2 etatów”, wartościowana liczbą 5,00 punktów.

Prowadząc przedmiotowe postępowanie Prezes Funduszu postanowił dopuścić i przeprowadzić dowód z dokumentów zgromadzonych w ofercie złożonej przez świadczeniodawcę P. Spółka z o.o. w postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w zakresie dotyczącym wykazania przez tego oferenta osoby personelu pielęgniarskiego o inicjałach S.K. W tym celu weryfikacji poddano część VI formularza ofertowego „Szczegóły oferty” wyłącznie w zakresie dotyczącym deklarowanej przez ww. oferenta tygodniowej dostępności czasu pracy Pani S.K., z uwzględnieniem szczegółowego tygodniowego harmonogramu dostępności godzinowej ww. osoby w poszczególnych dniach dla realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ww. podmiotu leczniczego w związku ze złożoną przez ten podmiot ofertą w postępowaniu konkursowym nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 (karty nr 10-14 oferty) oraz oświadczenia Pani S. K. załączonego do ww. formularza ofertowego, dotyczącego zobowiązania do podjęcia współpracy w ramach deklarowanej przez nią dostępności czasu pracy z uwzględnieniem szczegółowego tygodniowego harmonogramu dostępności godzinowej w poszczególnych dniach dla realizacji

świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz ww. podmiotu leczniczego w związku ze złożoną przez ten podmiot ofertą w postępowaniu konkursowym nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 (karty nr 90-91 oferty), na okoliczność wykazania czy pomiędzy ww. ofertami zachodzi koincydencja czasu pracy ww. osoby personelu pielęgniarskiego.

Analiza wskazanych dokumentów wykazała, że oferent P. Spółka z o.o. wskazał w ofercie jako personel pielęgniarski osobę o inicjałach S.K. z deklarowaną tygodniową godzinową dostępnością m.in. w sobotę od 15.00 do 20.00. Jednocześnie do samej oferty załączył podpisane przez ww. osobę w dniu 11 października 2022 roku oświadczenie o podjęciu z nim współpracy w związku ze złożoną przez ten podmiot ofertą w postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 ze wskazaniem szczegółowego harmonogramu pracy, w tym m. in. w sobotę od 15.00 do 20.00. Tym samym oferta złożona przez P. Spółka z o.o. w zakresie dotyczącym deklarowanej dostępności osoby personelu pielęgniarskiego S.K., odzwierciedla informacje zawarte w oświadczeniu tej osoby złożonym na potrzeby jego oferty składanej w ww. postępowaniu.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że w godz. od 15.00 do 18.00 wystąpiła koincydencja czasu pracy osoby personelu pielęgniarskiego o inicjałach S.K. zadeklarowanej do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych pomiędzy wskazanymi ofertami, złożonymi w różnych postępowaniach konkursowych. Okoliczność ta pozostaje zatem bezsporna.

Oceniając zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy należy zwrócić przede wszystkim uwagę, że zawarta przez Odwołującego z Panią S.K. umowa, uwzględniając czas jej zawarcia i treść, w tym brzmienie § 3, dotyczy w istocie bieżącej realizacji przez Panią S.K. świadczeń w ramach zawartej przez niego z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie zaś świadczeń będących przedmiotem złożonej przez niego oferty w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01. Co istotne, zgodnie z zadeklarowanym przez Odwołującego potencjałem dla realizacji aktualnie obowiązującej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 150007606/11/1/0024/0/18/22, Pani S.K. została wykazana jako osoba personelu z dostępnością wyłącznie w poniedziałki od 15.00 do 20.00. Ponadto oświadczenie Pani S.K. przesłane przez Odwołującego jako załącznik do składanych przez niego wyjaśnień, datowane jest na dzień 22 listopada 2022 roku, a zatem już po dniu złożenia oferty przez Odwołującego w ww. postępowaniu i otwarciu tych ofert przez komisję konkursową, a złożono je – co nie ulega wątpliwości – wobec wystosowanego przez komisję konkursową wezwania Odwołującego do złożenia wyjaśnień w zakresie dotyczącym stwierdzonej koincydencji czasu pracy ww. osoby. Jednocześnie treść tego oświadczenia, będącego również deklaracją podjęcia współpracy z Odwołującym, pozostaje sprzeczna z treścią oświadczenia złożonego dla celów oferty złożonej przez innego

świadczeniodawcę w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01. Pani S.K. w oświadczeniu z dnia 22 listopada 2022 roku zobowiązała się do udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem zamieszczonym w ofercie Odwołującego, dysponując już w dniu jego złożenia informacją o zaistniałej koincydencji czasu pracy w sobotę pomiędzy 15.00 a 18.00 u innego świadczeniodawcy, któremu wcześniej złożyła oświadczenie o określonej treści.

Należy w tym miejscu zauważyć, że świadczeniodawca, który wykazał osobę personelu S.K. do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która miała zostać zawarta w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, już do składanej przez siebie oferty załączył podpisane przez ww. osobę oświadczenie o woli podjęcia przez nią współpracy z tym podmiotem leczniczym, m.in. w sobotę w godz. 15.00 – 20.00, które to oświadczenie zostało bez wątpienia złożone dla celów tego właśnie postępowania, o czym jednoznacznie przesądza jego treść. Tym samym podmiot ten przeniósł treść oświadczenia wskazanej osoby co do możliwych godzin podjęcia współpracy w konkretne dni tygodnia do sporządzanej przez siebie oferty.

Dokonując zatem oceny wskazanych dokumentów należy zauważyć, że Pani S.K., będąc nawet związana z Odwołującym określonego rodzaju umową, mającą charakter umowy o świadczenie usług (nie zaś umowy o pracę), musiała dysponować chociażby podstawową wiedzą co to tego, w jakich dniach i godzinach miałyby być dostępne dla realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz Odwołującego w związku ze złożoną ofertą zwłaszcza, że dla obecnie realizowanej przez Odwołującego umowy zawartej z Funduszem jest dostępna tylko w poniedziałki od 15.00 do 20.00. Trudno bowiem przyjąć, że w ramach umowy o świadczenie usług to Odwołujący w sposób jednostronny określa dostępność personelu medycznego, mając przecież świadomość możliwości jego zatrudnienia w innych podmiotach. Umowa przedstawiona przez odwołującego nie wyklucza bowiem takiej okoliczności (nie zawiera postanowień np. o zakazie konkurencji). Co więcej, umowa ta wcale nie musi być jedyną, jaką Pani S.K. w takim przedmiocie zawarła, a o czym Odwołujący też może nie mieć wiedzy. Wobec powyższego, kierując się zasadami logicznego rozumowania oraz doświadczenia życiowego należy stwierdzić, że Pani S.K. nie złożyłaby oświadczenia o podjęciu współpracy na rzecz innego podmiotu w celu zabezpieczenia przez ten podmiot dostępności personelu pielęgniarstwa na potrzeby składanej oferty w innym postępowaniu konkursowym – nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 (prowadzonym w tym samym rodzaju i zakresie, jedynie na innym obszarze kontraktowania), jeżeli wiedziałyby, że w tym samym czasie jej dostępność jest ograniczona umową lub deklaracją złożoną na rzecz Odwołującego.

Mając powyższe na względzie wymaga podkreślenia, że samo przedstawienie przez Odwołującego ramowej umowy o udzielanie na jego rzecz świadczeń przez S.K., bez określenia w niej konkretnego

harmonogramu, co więcej – zawartej na okoliczność bieżącej realizacji świadczeń wynikających z umowy zawartej z Funduszem, nie konstituuje dostępności tej osoby w dniach i godzinach wskazanych przez Odwołującego w złożonej ofercie na potrzeby postępowania konkursowego nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01. Co więcej, zgodnie z treścią przedstawionej przez Odwołującego umowy, może ona zostać rozwiązana z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia (§ 9 ust. 2 ww. umowy) lub na mocy porozumienia stron w każdym czasie (§ 10 ust. 2 umowy), a także bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zaistnienia określonych okoliczności (§ 10 ust. 1 umowy). Wobec tego wskazany w jej treści okres, na jaki została zawarta, nie determinuje czasu jej faktycznego obowiązywania. Z kolei oświadczenie Pani S.K. złożone w dniu 22 listopada 2022 roku na potrzeby przedstawienia wyjaśnień przez Odwołującego w toku ww. postępowania konkursowego, w świetle powyższych okoliczności i twierdzeń, należy ocenić jako niewiarygodne.

Mając na względzie powyższe Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia stwierdził, że to oświadczenie złożone przez Panią S.K. w dniu 11 października 2022 roku i załączone wprost do oferty innego świadczeniodawcy składanej w postępowaniu nr 15-23-000005/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, świadczyło o realnej dostępności ww. osoby w soboty w czasie zaistniałego konfliktu, tj. od 15.00 do 18.00. Tym samym Odwołujący mógł zagwarantować dostępność Pani S.K. w tym dniu tylko w godz. od 8.00 do 15.00. To z kolei spowodowało obniżenie możliwości zapewnienia przez niego personelu pielęgniarskiego w wymiarze co najmniej 4 etatów, bowiem skutkowało zmniejszeniem o 3 godziny łącznej liczby deklarowanych godzin tygodniowego czasu pracy tego personelu przedstawionego w ofercie Odwołującego. Wobec powyższego prawidłowym było działanie komisji konkursowej związane z przyznaniem za warunek dodatkowo oceniany „SOK_6 Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu żywienia dojelitowego w warunkach domowych” 5,00 punktów, bowiem Odwołujący spełnił go w zakresie zapewnienia „równoważnika co najmniej 2 etatów”.

Odnosząc się do okoliczności związanej z odrzuceniem oferty podmiotu, który wykazał w niej osobę personelu S.K. w określonej dostępności należy przede wszystkim wskazać, że decyzja komisji konkursowej o odrzuceniu oferty, nie jest decyzją ostateczną. Świadczeniodawca może bowiem taką czynność oprotestować, a następnie – w przypadku nieuwzględnienia protestu – wnieść odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego na podstawie art. 154 w zw. z art. 152 ust. 1 Ustawy. Wobec powyższego na dzień przyznania Odwołującemu mniejszej ilości punktów za ww. warunek dodatkowo oceniany wobec stwierdzonej koincydencji czasu pracy personelu wykazanego do realizacji umowy w dwóch ofertach, brak było po stronie komisji konkursowej ostatecznej pewności co do utrzymania decyzji o odrzuceniu oferty tego drugiego podmiotu. Nie ma w tym względzie natomiast znaczenia przyczyna odrzucenia ww. oferty.

Nie jest również zasadny zarzut dotyczący tego, że wobec stwierdzonej koincydencji czasu pracy Pani S.K., komisja konkursowa nie uwzględniła jego wyjaśnień i dokonała nieuprawnionego „odjęcia punktów” z oferty.

Jak wcześniej wspomniano, komisja konkursowa dysponuje kompetencją do weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości zawartych w niej informacji, m.in. na podstawie możliwości żądania złożenia wyjaśnień, przedstawienia dodatkowych dokumentów, etc. Oznacza to zatem, że samo udzielenie przez świadczeniodawcę w części VIII. formularza ofertowego konkretnej odpowiedzi na postawione tam pytania czy warunki, nie zapewnia mu uzyskania konkretnej liczby punktów za dane kryterium. Podkreślił to również Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 10 listopada 2016 r., II GSK 912/15 wskazując, że spełnienie przez oferenta wymagań dotyczących warunków wymaganych i rankingujących podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. Dane zamieszczone w ofercie podlegają zatem sprawdzeniu pod względem ww. przesłanek i ostatecznie może się okazać, że warunek deklarowany przez oferenta nie został spełniony, za co nie można przyznać mu określonej liczby punktów.

Najistotniejszym w powyższym zakresie jest również 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. 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. Zastrzeżenie dotyczące braku możliwości uzupełnienia oferty po upływie terminu do jej złożenia, zawiera również § 18 ust. 1 i 4 zarządzenia 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. Każda próba zmiany merytorycznej zawartości oferty jest zatem traktowana jako zmiana o charakterze niedozwolonym.

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 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.”.

W kontekście proponowanej przez Odwołującego zmiany harmonogramu dostępności osoby personelu – pielęgniarki S.K. wobec stwierdzonej koincydencji z pierwotnie deklarowanej w formularzu ofertowym, warto przytoczyć fragment uzasadnienia prawomocnego wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 27 lutego 2018 r., II SA/Rz 1149/17 wydanego w sprawie, w której komisja konkursowa dopuściła w postępowaniu konkursowym m.in. do uzupełnienia, zmiany lub modyfikacji szczegółowych harmonogramów dostępności komórki organizacyjnej oraz personelu zgłoszonego dla realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd ocenił takie działanie jako niedopuszczalne i wskazał, że w tym zakresie nie znajduje zastosowania art. 149 ust. 3 Ustawy, zgodnie z którym w przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. W uzasadnieniu ww. rozstrzygnięcia Sąd wyraźnie podkreślił, że „Braki ofertowe o charakterze merytorycznym nie podlegają uzupełnieniu po upływie terminu do składania ofert oraz w trybie wezwania do usunięcia braków. Zgodnie bowiem z art. 149 ust. 3 u.s.o.z. jedynie w razie nieprzedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów lub wystąpienia braków formalnych, komisja konkursowa wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Wezwanie do

usunięcia tzw. braków formalnych nie może jednak dotyczyć tych danych, które określają zasadnicze warunki oferty wskazane w formularzu ofertowym (por. np. wyrok NSA z dnia 8 stycznia 2014 r., II GSK 1489/12; wyrok NSA z dnia 30 stycznia 2014 r., II GSK 1539/12; wyrok NSA z dnia 1 grudnia 2016 r., II GSK 1288/15; wyrok NSA z dnia 5 kwietnia 2017 r., II GSK 1908/15). Brak lub wadliwość powyższych danych ma charakter merytoryczny, co oznacza, że po zamknięciu terminu do składania ofert nie można dokonywać modyfikacji, korekt lub uzupełnienia oferty w tym zakresie. Merytoryczne braki ofertowe muszą dotyczyć warunków realizacji świadczenia medycznego lub określonych we wzorcu umownym elementów dotyczących przedmiotu umowy, organizacji udzielania świadczeń lub warunków ich finansowania. Jedynie wyjątkowo i w ograniczonym zakresie jest dopuszczalne modyfikowanie merytoryczne ofert po upływie terminu do ich składania. Przede wszystkim komisja konkursowa może w części niejawnego konkursu przeprowadzić negocjacje z oferentami.”.

Mając na względzie powyższe należy stwierdzić, że komisja konkursowa postąpiła prawidłowo nie godząc się na zmianę przez Odwołującego zawartego w ofercie szczegółowego harmonogramu dostępności personelu, ponieważ byłaby to nieuprawniona zmiana jego oferty o charakterze merytorycznym. W tym zakresie uwzględnienie wyjaśnień i prośby Odwołującego wystosowanej w ich treści, a dotyczącej zmiany dostępności osoby personelu pielęgniarzkiego – Pani S.K. z soboty na piątek w godzinach od 15.00 do 18.00, było niemożliwe do zrealizowania. Tak też m.in. komisja konkursowa uzasadniła odmowę ww. zmiany w zawiadomieniu oferenta o wprowadzonej zmianie w odpowiedziach ankietowych z dnia 24 listopada 2022 roku, co należy uznać za właściwe.

Jednocześnie jednak nie sposób zgodzić się z tym, że komisja konkursowa pominęła wyjaśnienia Odwołującego w pozostałym zakresie. Należy bowiem zauważyć, że Odwołujący przyznał, że nie miał wiedzy o fakcie deklarowania przez wskazaną osobę personelu dostępności na rzecz innego świadczeniodawcy oraz, że ww. osoba nie poinformowała go o takiej okoliczności. Komisja konkursowa przyjęła zatem, co Prezes Funduszu w całości podziela, że Odwołujący nie miał woli przedstawienia w ofercie nieprawdziwych informacji co do deklarowanej dostępności personelu medycznego. Zgodnie z poglądem prezentowanym przez Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 5 stycznia 2021 r., II GSK 1466/18 „Z podaniem nieprawdziwych informacji będziemy mieli do czynienia w sytuacji celowego działania oferenta, który mimo świadomości niemożliwości spełniania określonych warunków, deklaruje taką możliwość. Nie każda zatem nieprawdziwa informacja stanowi podstawę do odrzucenia oferty, zaś „nieprawdziwość” ta musi dotyczyć okoliczności, które wpływają w jakikolwiek sposób na wynik postępowania, w tym takich, które mogą świadczyć o nieprawidłowym w przyszłości wykonaniu umowy.”. Tym samym oferta Odwołującego została zakwalifikowana do negocjacji, jedynie z mniejszą niż oczekiwana przez niego liczbą punktów za spełnienie ww. warunku rankingującego. Z dokumentów zgromadzonych

w postępowaniu konkursowym, w tym przede wszystkim z protokołu negocjacji z dnia 25 listopada 2022 roku wynika, że powyższą okoliczność związaną z przyznaniem za ww. warunek dodatkowo oceniany 5,00 zamiast 10,00 punktów Odwołujący uwzględnił, obniżając ostatecznie pierwotnie proponowaną w ofercie cenę jednostki rozliczeniowej do kwoty 1,26 zł, co pozwoliło mu uzyskać maksymalną liczbę punktów w kryterium oceny oferty – cena udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (3,00 punkty). Jednakże nawet to działanie nie zagwarantowało mu ostatecznie wyboru jako świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W kontekście postawionych w treści odwołania zarzutów dotyczących obniżenia pozycji Odwołującego w rankingu końcowym oceny ofert z uwagi na nieprzyznanie mu 10,00 punktów za warunek rankingujący „*SOK_6 Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu żywienia dojelitowego w warunkach domowych*”, a jedynie 5,00 punktów, co z kolei - w ocenie Odwołującego – pozbawiło go możliwości wyboru jako realizatora umowy zawieranej w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, należy wskazać, że pozostają one w całości chybione.

W tym miejscu wyjaśnienia wymaga, że w wyniku oceny oferty Odwołującego uzyskała ona łączną liczbę 56,00 punktów (uwzględniając kryterium ceny). Oferent znajdujący się na poz. 2 w końcowym rankingu – PROMEDICA Spółka z o.o. uzyskała 61,00 punktów łącznej oceny oferty. Przyjmując zatem, że Odwołujący uzyskałby za spełnienie ww. warunku 10,00 punktów (maksymalna liczba), a nie 5,00 punktów, łączna ocena punktowa ww. ofert byłaby identyczna – tzn. każdy z oferentów uzyskałby łączną ocenę oferty na poziomie 61,00 punktów.

W takim zatem przypadku zastosowanie znalazłaby natomiast reguła, o której mowa w § 9 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert. Zgodnie z treścią tej regulacji, w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów **kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.**

Warunek rankingujący „*SOK_6 Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu żywienia dojelitowego w warunkach domowych*” został zawarty w kryterium oceny oferty „Jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej”. Tym samym, gdyby Odwołujący otrzymał za spełnienie ww. warunku maksymalną liczbę punktów – 10,00, a nie jak dotąd – 5,00 punktów, wzrosłaby ocena jego oferty w zakresie dotyczącym kryterium „Jakość”. Wobec tego, skoro przy przyznaniu 5,00 punktów za ww. warunek dodatkowo oceniana punktacja oferty Odwołującego w kryterium „Jakość”, zgodnie z rankingiem końcowym, wyniosła 42,00 punkty, to po ewentualnym dodaniu powstałej różnicy – 5,00 punktów, wartość tego kryterium wyniosłaby 47,00 punktów.

Mając zatem na względzie treść przywołanej regulacji § 9 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert, ofertą wybraną do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostałaby ta, której punktacja w zakresie kryterium „Jakość” byłaby wyższa. Skoro zatem oferta świadczeniodawcy z poz. 2 w rankingu końcowym – PROMEDICA Spółka z o.o. w ww. zakresie została oceniona na 52,00 punkty, to nawet uzyskanie przez Odwołującego maksymalnej liczby punktów za ww. warunek rankingujący i tym samym podwyższenie oceny oferty w ramach kryterium „Jakość” z 42,00 do 47,00 punktów, nie skutkowałoby wyborem Odwołującego jako świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarłby umowę. Nadal bowiem różnica w ocenie ww. ofert wynosiłaby 5,00 punktów.

Powyższe pozostaje jednak wyłącznie okolicznością o charakterze hipotetycznym, bowiem oceniając działanie komisji konkursowej i podejmowane przez nią czynności w toku prowadzonego postępowania konkursowego nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, Prezes Funduszu nie dopatrzył się naruszenia zasad prowadzenia postępowania określonych w przepisach prawa.

Jedynie na marginesie wypada przypomnieć, zgodnie z poglądem prezentowanym w orzecznictwie sądów administracyjnych, że fakt, czy oferta danego oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania, zależy wyłącznie od jej treści. Postępowanie o charakterze konkursowym charakteryzuje zawsze element ryzyka i niewiadomej w zakresie jego rozstrzygnięcia. Rola Funduszu sprowadza się w tym względzie do zbierania ofert świadczeniodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń w taki sposób, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli natomiast część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo – ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych, a oferty z niewystarczającą liczbą punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy (por. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 16 stycznia 2012 r., VI SA/Wa 2094/11).

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego przedstawionego w piśmie z dnia 27 grudnia 2022 roku, a dotyczącego przedstawienia przez oferenta Promedica nieprawdziwej informacji dotyczącej deklarowanej w ofercie aparatury do wykonywania badań obrazowych USG, należy wskazać, że zarzut ten pozostaje w całości nieuzasadniony.

Przede wszystkim, zgodnie z treścią rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, warunkiem wymaganym w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną było posiadanie: zgłębników nosowo-żołądkowych, nosowo-jelitowych, sprzętu do założenia/naprawy/wymiany przetoki odżywczej oraz pomp żywienia dojelitowego. Wobec powyższego posiadanie sprzętu do wykonywania badań obrazowych USG nie stanowiło warunku wymaganego do realizacji umowy w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych. Nie był to również warunek dodatkowo

oceniany. Zgodnie z treścią rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, oferent ubiegający się o zawarcie umowy w ww. zakresie ma obowiązek zapewnić m.in. realizację diagnostyki obrazowej, w tym USG i dostęp do badań diagnostyki obrazowej całodobowo. Warunek ten może natomiast zrealizować samodzielnie lub przy udziale podwykonawców.

Z treści oferty złożonej przez oferenta Promedica w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 istotnie wynikało, że w zasobach posiadanego sprzętu wykazał dwa aparaty do diagnostyki obrazowej USG, które zostały jednocześnie wykazane w innej ofercie złożonej na ten sam zakres świadczeń, tylko w innym postępowaniu. Słusznie zatem komisja konkursowa zwróciła na to uwagę i wezwała ww. świadczeniodawcę do złożenia wyjaśnień. Jednocześnie w toku prowadzonej weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń oferent Promedica okazał przedstawicielom komisji konkursowej deklarowane w ofercie aparaty USG, co wynika wprost z treści protokołu z dnia 2 listopada 2022 roku. Tym samym nie jest zasadny zarzut podania przez niego nieprawdziwych informacji co do posiadania ww. sprzętu, skoro faktycznie sprzęt taki posiadał i zostało to potwierdzone w trakcie przeprowadzonej weryfikacji.

Co istotne, komisja konkursowa nie miała podstaw do ewentualnego odrzucenia oferty oferenta Promedica, co podnosi Odwołujący, bowiem nawet w przypadku, gdyby w tej ofercie w ogóle nie wskazano jakiegokolwiek sprzętu do wykonywania diagnostyki USG, to oferta podlegałaby rozpatrzeniu. Sprzęt ten nie był wymagany do realizacji umowy, co jednoznacznie potwierdza m.in., treść oferty Odwołującego, który takiej aparatury w ogóle nie zadeklarował. Z treści oferty oferenta Promedica wynika natomiast, że zapewnił realizację badań diagnostyki obrazowej, w tym USG, poprzez zawarcie umowy współpracy z [REDAKTOWANO], którą przedstawił w odpowiedzi na wezwanie komisji konkursowej z dnia 31 października 2022 roku. Wskazany podwykonawca został przez oferenta Promedica wymieniony w części II. Formularza ofertowego „Wskaz podwykonawców” z określeniem przedmiotu świadczeń podwykonywanych: badania RTG, USG i badania laboratoryjne. Do wyjaśnień załączono również potwierdzoną za zgodność z oryginałem umowę zawartą między ww. podmiotami leczniczymi w dniu 17 sierpnia 2018 r., aneksowaną następnie w dniu 18 listopada 2021 r. oraz 11 października 2022 r. z oświadczeniem ww. Szpitala z dnia 12 października 2022 r. o realizacji badań obrazowych całodobowo. Wobec powyższego komisja konkursowa prawidłowo zweryfikowała spełnianie przez oferenta Promedica warunku wymaganego w postaci zapewnienia realizacji badań diagnostyki obrazowej, w tym USG, całodobowo.

Mając na uwadze wskazane okoliczności, jako prawidłowe należy ocenić działanie komisji konkursowej związane z przyjęciem wyjaśnień oferenta Promedica w zakresie dotyczącym rozdzielenia posiadanej aparatury USG. Fakt ten w żaden sposób nie potwierdza szczególnego

traktowania ww. oferenta względem pozostałych uczestników postępowania konkursowego, a to przede wszystkim dlatego, że posiadanie w ramach własnych zasobów ww. sprzętu w ogóle nie było w warunkach tego postępowania wymagane, skoro oferent zapewniał realizację diagnostyki obrazowej przy udziale podwykonawcy, a fakt ten wynikał wprost z jego oferty.

Zarzut w powyższym zakresie należy zatem ocenić jako chybiony.

Ponadto należy wskazać, że weryfikacja przez komisję konkursową warunku dodatkowo ocenianego w postaci prowadzenia przez oferenta Promedica dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, została dokonana przede wszystkim poprzez wezwanie ww. podmiotu w dniu 31 października 2022 roku do przedłożenia szeregu dokumentów potwierdzających wdrożenie narzędzi umożliwiających prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 poz. 1304 z późn. zm.). W odpowiedzi oferent Promedica przedstawił m.in. oświadczenie [REDAKTOWANO] Spółka z o.o. z dnia 28 kwietnia 2021 r. – producenta oprogramowania, z którego wynika, że wdrożony u ww. świadczeniodawcy program umożliwia prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto przedstawił oświadczenie ww. podmiotu z dnia 26 października 2022 r., że wdrożony program informatyczny umożliwia prowadzenie i udostępnianie dokumentacji na podstawie art. 11 ust. 1a i 1b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jednocześnie oferent Promedica przekazał dokumenty w postaci m.in.: protokołu testów ciągłości działania, protokołu z szacowania ryzyka, Planu ciągłości działania, Analizy ryzyka, rankingów ryzyka, Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym, Księgi Systemu Bezpieczeństwa Informacji, Polityki kluczy kryptograficznych, Raportu z auditu Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji, Instrukcji szyfrowania plików.

W zakresie dotyczącym możliwości prowadzenia i udostępniania dokumentacji w formatach i standardach wydanych na podstawie art. 11 ust. 1a i 1b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, a w przypadku ich braku – udokumentowanie możliwości prowadzenia i udostępnienia dokumentacji w standardach HL7 oraz DICOM lub innych standardach i formatach, oferent Promedica przedłożył umowę zawartą w dniu 26 stycznia 2018 r. w przedmiocie sprzedaży urządzenia do odwzorowywania zdjęć analogowych na cyfrowe, który to sprzęt oferent okazał w trakcie weryfikacji miejsca udzielania świadczeń, a zatem oferent dysponował nim w miejscu udzielania świadczeń. Ponadto wymaga zauważenia, że do wyjaśnień z dnia 3 listopada 2022 roku załączył potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię umowy na scan radiogramów do plików w systemie DICOM do systemu informatycznego PROMEDICA zawartą w dniu 3 października 2022

roku z [REDAKTOWANE] Spółka z o.o. Przedmiotem ww. umowy jest skanowanie klisz RTG i dostosowanie plików w formacie DICOM. Tym samym komisja konkursowa prawidłowo oceniła, że oferent Promedica Spółka z o.o. spełnia warunek dodatkowo oceniany dotyczący prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku. Zarzut co do prawidłowości działania komisji konkursowej w tym zakresie pozostaje zatem nieuzasadniony.

Odnosząc się natomiast do zarzutów dotyczących przedstawionych przez oferenta Promedica certyfikatów ISO 9001:2015 oraz ISO 27001:2013, należy wskazać, co następuje.

Zgodnie z § 13 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ ofertę sporządza się, pod rygorem nieważności: w sposób określony w § 10 oraz w sposób czytelny w języku polskim. W myśl § 10 ww. zarządzenia ofertę składa się w formie pisemnej oraz elektronicznej, a obejmuje ona:

- 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 zlecanie 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.

Jednocześnie do oferty sporządzonej w formie pisemnej należy załączyć dokumenty i oświadczenia, o których mowa w § 14 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ. Wśród dokumentów obligatoryjnych nie wymieniono certyfikatów ISO 9001:2015 i ISO 27001:2013.

Wskazane certyfikaty powinny zostać załączone do oferty na potwierdzenie spełnienia warunków dodatkowo ocenianych, o ile takie przewidziano w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert. Zgodnie z § 13 ust. 2 ww. zarządzenia, do dokumentów składanych w językach obcych należy załączyć ich tłumaczenie na język polski dokonane przez tłumacza przysięgłego. Analiza certyfikatów przedłożonych do oferty przez oferenta Promedica wiedzie do wniosku, że są to dokumenty przetłumaczone częściowo w sposób pozwalający na identyfikację przede wszystkim zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczą, miejsc udzielania świadczeń objętych certyfikacją oraz daty wydania i ważności certyfikatów. Za słuszny należy uznać argument, że dokumenty te powinny być przedłożone wraz z tłumaczeniem przysięgłym w całości, czego komisja konkursowa ostatecznie nie zażądała. Brak wezwania w tym zakresie należy ocenić jako naruszenie zasad prowadzenia postępowania, jednak jak wskazano wcześniej, częściowo przetłumaczony dokument pozwolił na jego identyfikację pod kątem badania spełnienia warunku dodatkowo ocenianego.

Odnosząc się do zarzutu przedstawienia przez oferenta Promedica certyfikatów nieaktualnych, należy wskazać, co następuje. Zgodnie z treścią przedłożonych dokumentów, w tym przesłanego przez Odwołującego tłumaczenia przysięgłego, oba certyfikaty przedłożone przez ww. świadczeniodawcę są ważne do dnia 13 lutego 2024 roku. Dodatkowo okoliczność ta wynika z informacji zawartych na stronie internetowej jednostki certyfikującej www.gcerti.com. Zgodnie z zawartą tam informacją, potwierdzoną również przez Odwołującego, który przesłał jako załącznik do pisma z dnia 27 grudnia 2022 roku zrzut ekranu z dokonanej weryfikacji ww. certyfikatów, certyfikaty ISO 9001:2015 oraz ISO 27001:2013 wydane na rzecz podmiotu PROMEDICA Spółka z o.o. są ważne do dnia 13 lutego 2024 roku, a datą ostatniej autoryzacji był dzień 8 września 2022 roku. Ponadto zgodnie z informacją zawartą w samej treści certyfikatu, jeżeli podmiot, którego dokument ten dotyczy, nie zgadza się na przeprowadzenie audytu nadzoru lub audytu w związku z ponowną certyfikacją, to certyfikat należy zwrócić do G-CERTI, bowiem pozostaje on jego własnością. Należy zatem wskazać, że oferent Promedica nie miałby prawa posługiwać się ww. certyfikatami w przypadku, gdyby nie przeszedł pozytywnie rocznego audytu nadzoru albo audytu recertyfikującego. Z kolei informacje zawarte na stronie internetowej www.gcerti.com w zakresie dotyczącym certyfikatu ISO 9001:2015 nr GIPO-0015-QC oraz certyfikatu ISO 27001:2013 nr GIPO-0015-IC w sposób jednoznaczny potwierdzają, że dokumenty te zachowują ważność do 13 lutego 2024 roku, wobec przeprowadzonej weryfikacji w dniu 8 września 2022 roku. Zarzut dotyczący nieważności ww. dokumentów jest zatem chybiony.

Z kolei odnosząc się do zakwestionowania ujęcia w treści załączników do ww. certyfikatów miejsca udzielania świadczeń PROMEDICA Spółka z o.o. wskazanego w ofercie złożonej w postępowaniu nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 należy wskazać, że przedstawione dokumenty zostały wystawione przez podmiot zewnętrzny będący akredytowaną jednostką certyfikującą. Wobec tego Fundusz nie posiada kompetencji do podważania treści wystawionych przez tą jednostkę certyfikatów. Z dokumentów tych wynika w sposób niebudzący wątpliwości, że zakresem certyfikatu ISO 9001:2015 nr GIPO-0015-QC oraz certyfikatu ISO 27001:2013 nr GIPO-0015-IC objęty jest zakres świadczeń opieki zdrowotnej: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – żywienie dojelitowe w warunkach domowych, realizowany m.in. w Koninie (62-500), ul. Wojska Polskiego 33B, która to komórka organizacyjna została zarejestrowana w RPWDL dla podmiotu PROMEDICA Spółka z o.o.

Ponadto za chybiony należy uznać argument Odwołującego, że wskazane certyfikaty nie posiadają akredytacji Polskiego Centrum Akredytacji. Zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej Polskiego Centrum Akredytacji¹, jest ono sygnatariuszem wielostronnych porozumień w ramach organizacji międzynarodowych, m.in. IAF MLA (International Accreditation Forum Multilateral Recognition Arrangement) w zakresie akredytacji, m.in.: jednostek certyfikujących systemy zarządzania jakością, systemy zarządzania środowiskowego, systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności, systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji, systemy zarządzania energią, systemy zarządzania w obszarze wyrobów medycznych. Celem porozumień jest swobodny przepływ wyników akredytowanych certyfikacji/weryfikacji/badań/inspekcji/wzorcowań w Europie i na świecie. Porozumienia te opierają się na procesie wzajemnych ocen, które mają na celu zapewnienie, iż wszyscy jego sygnatariusze prowadzą systemy akredytacji w sposób równoważny i kompetentny oraz zgodny z międzynarodowymi normami i wytycznymi. W związku z powyższym zakłada się, że jednostki oceniające zgodność, akredytowane przez odpowiednie krajowe jednostki akredytujące – sygnatariuszy wielostronnych porozumień – w ramach prowadzenia działań objętych zakresem akredytacji, również spełniają wymagania odpowiednich norm, a wydawane przez nie certyfikaty i sprawozdania są jednakowo wiarygodne. Wielostronne porozumienia umożliwiają swobodny przepływ towarów w Europie i na świecie, a także eliminują konieczność badania lub certyfikowania produktów i usług w każdym kraju, w którym są one sprzedawane czy świadczone. Porozumienie EA MLA ułatwia dostęp do rynków w UE, natomiast ILAC MRA i IAF MLA - dostęp do rynków na całym świecie. Powyższe zgodne jest ponadto z treścią § 6 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert.

¹ <https://www.pca.gov.pl/wspolpraca-miedzynarodowa/wspolpraca/cel-porozumien/>.

Mając powyższe na względzie, akredytacja IAF MLA dla jednostki certyfikującej, która wydała certyfikaty ISO dla podmiotu PROMEDICA Spółka z o.o., jest uznawana na terenie Polski.

W kontekście zarzutu dotyczącego naruszenia przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich oferentów oraz zasady uczciwej konkurencji 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 różnicowań 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 konstituuje 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.

Pomimo zatem, że komisja konkursowa naruszyła zasady prowadzenia postępowania w zakresie, w jakim nie zażądała tłumaczenia przysięgłego całości certyfikatów ISO przedłożonych przez

PROMEDICA Spółka z o.o., opierając się na możliwości zidentyfikowania istotnych z punktu widzenia oceny warunku rankingującego informacji, które zostały w tym dokumencie przetłumaczone na język polski, to naruszenie to nie wpłynęło na interes prawny Odwołującego. Przedłożone dokumenty potwierdzają spełnienie przez PROMEDICA Spółka z o.o. warunków dodatkowo ocenianych w postaci posiadania stosownych certyfikatów, które są ważne na dzień złożenia oferty. Brak pełnego ich tłumaczenia nie stanowił podstawy do odrzucenia oferty ww. świadczeniodawcy. Ponadto w oparciu o wskazane zasady równego traktowania oraz zachowanie nieuczciwej konkurencji, każdy z oferentów był obowiązany zapewnić spełnienie jednakowych warunków wymaganych oraz odpowiadał na takie same pytania ankietowe, odzwierciedlające warunki dodatkowo oceniane wskazane w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert. Oceniając złożone w przedmiotowym postępowaniu oferty komisja konkursowa podejmowała czynności wyjaśniające w stosunku do świadczeniodawców w stopniu adekwatnym do zawartości ofert. Każdy z oferentów, w przypadku powzięcia przez komisję konkursową podobnych wątpliwości co do treści złożonej oferty, wzywany był do złożenia wyjaśnień lub dodatkowych dokumentów w równorzędnym zakresie. W stosunku do żadnego z oferentów nie stosowano również dodatkowych kryteriów oceny.

Analiza całości akt zgromadzonych w postępowaniu administracyjnym wszczętym w związku z wniesionym odwołaniem od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 wiedzie również do wniosku, że komisja konkursowa prawidłowo zweryfikowała złożone w tym postępowaniu oferty pod kątem spełnienia warunków wymaganych określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Ponadto zadeklarowane przez świadczeniodawców wybranych do zawarcia umowy o udzielane świadczeń opieki zdrowotnej warunki dodatkowo oceniane udokumentowano w sposób, który pozwalał na stwierdzenie, że zostały rzeczywiście spełnione najpóźniej na dzień otwarcia ofert.

Wymaga w tym miejscu wskazania, że organ rozpoznający odwołanie badał naruszenie interesu prawnego Odwołującego 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 Odwołującego.

Biorąc pod uwagę całokształt zgromadzonego w niniejszej sprawie materiału dowodowego należy stwierdzić, że Odwołujący nie wykazał, jak również nie wykazała tego analiza działań podejmowanych przez komisję konkursową przeprowadzona w toku postępowania

administracyjnego, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-23-000004/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w stopniu, który uzasadniałby naruszenie interesu prawnego Odwołującego, którego oferta nie została wybrana do zawarcia umowy. Ustalono ponad wszelką wątpliwość, że złożona przez niego oferta została prawidłowo zweryfikowana i oceniona oraz, że w zakresie oceny spełniania lub niespełniania przez oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu określonych warunków, w szczególności warunków dodatkowo ocenianych, mających bezpośredni wpływ na wartość punktową oferty, komisja konkursowa nie popełniła błędu. Każda ze złożonych ofert w przedmiotowym postępowaniu podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Ustalono w sposób niebudzący wątpliwości, że oferta złożona przez Odwołującego zasadnie nie została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bowiem uzyskała najniższą ocenę w rankingu końcowym, a ponadto zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu do zawarcia umowy wybrano 2 (słownie: dwóch) świadczeniodawców, których oferty wyczerpały w całości wartość przedmiotu postępowania podaną w ww. ogłoszeniu. W tym zakresie postępowanie komisji konkursowej należy uznać za prawidłowe i zgodne z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania interes prawny Odwołującego nie doznał uszczerbku w kontekście naruszenia zasad prowadzonego postępowania. Jak wcześniej wskazano, przedmiot badania organu jest skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego konkretnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie. W wyniku rozpatrzenia odwołania wniesionego przez GO-MAX GROUP Spółka z o.o. brak jest podstaw do jego uwzględnienia.

Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

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

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.) decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna.

Od decyzji przysługuje stronie na podstawie art. 53 § 1 i art. 54 §1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 roku – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2022 r., poz. 329 z późn. zm.) prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu, zgodnie z § 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 roku w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r., poz. 1999). Skargę wnosi się w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, upoważnionego do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę bezpośrednio do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu.

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

Wykonano w 5 egz.:

1. GO-MAX Spółka z o.o., adres do doręczeń: ul. Zagorzynek 34, 62-800 Kalisz,
2. DOM MEDICA Spółka z o.o., Al. Jerozolimskie 134, 02-305 Warszawa,
3. PROMEDICA Spółka z o.o., Plac Wolności 17, 35-073 Rzeszów,
4. 2 x a/a.

Opracowała Marta Węckowska
Wydział Organizacyjny

