

Poznań, dnia 30 grudnia 2022 roku

WO-DO.422.12.2022 4.JJ

DECYZJA NR 12/2022/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 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 tlenoterapia domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski, Kalisz, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski, wniesionego przez Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, 62-872 Godziesze Wielkie, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie pełnomocnictwa nr 86/2021 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. z 2020 r., poz. 1858), postępowanie w trybie konkursu ofert o nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 tlenoterapia

domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski, Kalisz, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 1 061 986,62 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 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 tlenoterapia domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski, Kalisz, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski., złożono 3 (słownie: trzy) oferty:

- 1) oferta 15-23-000008[11/1]-0001/00 złożona przez oferenta Beata Asankowicz-Bargiel i Partnerzy, Lekarze Spółka Partnerska,
- 2) oferta 15-23-000008[11/1]-0002/00 złożona przez oferenta Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza,
- 3) oferta 15-23-000008[11/1]-0003/00 złożona przez oferenta GO-MAX GROUP Spółka z o.o.

Postępowanie nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 tlenoterapia domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski, Kalisz, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski, 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. z 2020 r., 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. z 2016 r. 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.),

- 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),

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 posiadający certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.):
 - tak (26,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- Co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych - portal świadczeniodawcy):
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- Wszystkie koncentratory tlenu nie starsze niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy):
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);

- Zapewnienie przenośnego koncentratora tlenu - w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (10,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- c) kategorii „Pozostałe warunki”:
 - Zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
 - Zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- d) kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości” – część wspólna:
 - udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, 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);
- e) 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:

a) Zapewnienie badań i zabiegów (jedna odpowiedź do wyboru):

- Oferent realizuje umowę w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc lub gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - w lokalizacji - 9,00 punktów;
- Udokumentowane zasady współpracy i koordynacji działań z oddziałem chorób płuc - (5,00 punktów);
- żadne z powyższych – 0,00 punktów;

3. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - nieprzerwanie od 5 lat – 2,00 punkty;
 - nieprzerwanie od 10 lat – 5,00 punktów;
 - żadne z powyższych – 0,00 punktów;

4. Inne warunki oceniane:

- a) współpraca z Agencją – przekazywanie przez świadczeniodawcę w terminie danych, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:
- tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

5. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 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 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 tlenoterapia domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski, Kalisz, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski.

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

- Beata Asankowicz-Bargiel i Partnerzy, Lekarze Spółka Partnerska, ul. Piłsudskiego 33, 63-400 Ostrów Wielkopolski (miejsce udzielania świadczeń: Poradnia domowego leczenia tlenem, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski),

b) GO-MAX Group Sp. z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz (miejsce udzielania świadczeń:
 Zespół domowego leczenia tlenem, ul. Zagorzynek 34, 62-800 Kalisz).

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania konkursowego i spełniających warunki wymagane, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)								
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA						DECYZJA O WYBORZE OFERTY
		ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. BEATA ASANKOWICZ- BARGIEL I PARTNERZY, LEKARZE – SPÓŁKA PARTNERSKA	PORADNIA DOMOWEGO LECZENIA TLENEM, UL. LIMANOWSKIEGO 20/22, 63-400 KONIN	1,71	61,00	9,00	10,00	0,00	81,71	TAK
2. GO-MAX GROUP SP. Z O.O.	ZESPÓŁ DOMOWEGO LECZENIA TLENEM UL. ZAGORZYNEK 34, 62-800 KONIN	3,00	71,00	5,00	0,00	2,00	81,00	TAK
3. WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ CHOROBY PŁUC I GRUŹLICY W WOLICY K. KALISZA	PORADNIA DOMOWEGO LECZENIA TLENEM UL. WOLICA 113, 62- 872 GODZIESZE WIELKIE	1,50	38,00	9,00	0,00	0,00	48,50	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 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 tlenoterapia domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski, Kalisz, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” część 4. „4. Przedmiot postępowania: Tlenoterapia 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” oferenci, których oferty poddano ocenie w postępowaniu nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapia domowa w warunkach domowych, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent: Beata Asankowicz-Bargiel i Partnerzy, Lekarze Spółka Partnerska

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty posiadającego certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 26,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych - portal świadczeniodawcy), udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 12,00 punktów;
- na pytanie dotyczące posiadania wszystkich koncentratorów tlenu nie starszych niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy), udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

- na pytanie dotyczące zapewnienia przenośnego koncentratora tlenu - w miejscu udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 10,00 punktów;

2) Pozostałe warunki:

- na pytanie o zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie o zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 5,00 punktów;

3) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, 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 obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, udzielił odpowiedzi „NIE”, 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 nie prowadzi historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz nie wystawia recept i skierowań 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: oferent realizuje umowę w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc lub gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - w lokalizacji, co skutkowało przyznaniem 9,00 punktów;

III. 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;

IV. 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 1,39 zł, za co otrzymał 1,71 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: Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruzlicy w Wolicy k/Kalisza:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty posiadającego certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruzlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych - portal świadczeniodawcy), udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 12,00 punktów;
- na pytanie dotyczące posiadania wszystkich koncentratorów tlenu nie starszych niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy), udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 12,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia przenośnego koncentratora tlenu - w miejscu udzielania świadczeń., udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 10,00 punktów;

2) Pozostałe warunki:

- na pytanie o zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie o zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

3) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, 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 obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, udzielił odpowiedzi „NIE”, 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:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

- na pytanie czy 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, udzielił odpowiedzi „TAK” – na skutek wyjaśnień złożonych przez Oferenta oraz **w wyniku weryfikacji przez komisję konkursową prawidłowości i prawdziwości udzielonej odpowiedzi stwierdzono, że Oferent nie posiada odpowiedniego urządzenia umożliwiającego odwzorowanie zdjęć radiologicznych analogowych do formatu DICOM, a tym samym nie posiada możliwości prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, wobec czego komisja konkursowa nie przyznała oferentowi punktów w zakresie tego pytania;**

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

- na pytanie w zakresie zapewnienia badań i zabiegów udzielił odpowiedzi: oferent realizuje umowę w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie gruźlicy i chorób płuc lub gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - w lokalizacji, co skutkowało przyznaniem 9,00 punktów;

III. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie czy w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5/10 lat, udzielił odpowiedzi „ŻADNA Z POWYŻSZYCH”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

IV. 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 1,41 zł, za co otrzymał 1,50 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: GO-MAX GROUP Spółka z o.o.:

I. W zakresie kryterium jakości:

a) Personel:

- na pytanie dotyczące zapewnienia lekarza specjalisty posiadającego certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem, wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc lub publiczną uczelnię, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.), udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 26,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia co najmniej 50 koncentratorów tlenu (według danych - portal świadczeniodawcy), udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 12,00 punktów;
- na pytanie dotyczące posiadania wszystkich koncentratorów tlenu nie starszych niż 5 lat (licząc od daty produkcji do pierwszego dnia obowiązywania umowy), udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 12,00 punktów;
- na pytanie dotyczące zapewnienia przenośnego koncentratora tlenu - w miejscu udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 10,00 punktów;

b) Pozostałe warunki:

- na pytanie o zagwarantowanie serwisu koncentratorów tlenu, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 4,00 punktów;
- na pytanie o zapewnienie dostępu do całodobowej konsultacji telefonicznej z osobami udzielającymi świadczeń, udzielił odpowiedzi „TAK”, co skutkowało przyznaniem 5,00 punktów;

c) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, udzielił odpowiedzi „NIE”, 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 obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, udzielił odpowiedzi „NIE”, 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;

d) 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;
- zadeklarował, że nie prowadzi historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz nie wystawia recept i skierowań 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 i koordynacji działań z oddziałem chorób płuc, co skutkowało przyznaniem 5,00 punktów;

III. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, udzielił odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- na pytanie czy w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5/10 lat, udzielił odpowiedzi „ŻADNA Z POWYŻSZYCH”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;

IV. 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 1,26 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 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 nastąpiło w dniu 6 grudnia 2022 roku.

W dniu 16 grudnia 2022 roku, do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 (data nadania w placówce pocztowej: 13 grudnia 2022 roku), wniesione przez Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruzlicy w Wolicy k/Kalisza, Wolica 113, 62-872 Godziesze Wielkie, zwanego dalej „Odwołującym”. Odwołanie zostało wniesione w przewidzianym do tego terminie.

Odwołujący we wniesionym odwołaniu stwierdził, że rozstrzygnięcie komisji konkursowej o nie wybraniu jego oferty jest dla niego niezrozumiałe, bowiem nie zna on powodów, dla których jego oferta nie została wybrana, pomimo że jego zdaniem oferta ta spełniała wszystkie wymogi formalne. Odwołujący wskazał, że w jego ocenie świadczy to o naruszeniu art. 134 § 1 i § 2 ustawy o świadczeniach tj. „równego traktowania wszystkich świadczeniodawców”. Zdaniem Odwołującego, na skutek powyższego naruszony został jego interes prawny, gdyż „nie będzie on mógł udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez okres 5 lat, gdyż na taki okres zawarta zostanie umowa z oferentami, których oferta została wybrana w konkursie”.

Odwołujący wniósł ponadto o przedstawienie punktacji za poszczególne pytania ankietowe formularza ofertowego dotyczącego warunków wymaganych formalnych jak i warunków dodatkowo ocenianych, na podstawie których dokonano weryfikacji przedłożonej przez niego oferty.

Pismami z dnia 16 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 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 22 grudnia 2022 roku z uprawnienia do przeglądania akt sprawy skorzystał oferent GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. T. Kościuszki 19/7. W tym samym dniu oferent ten złożył do akt oświadczenie o zmianie adresu do doręczeń w przedmiotowym postępowaniu, wskazując: 62-800 Kalisz, ul. Zagorzynek 34.

Na skutek wniesionego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 6 grudnia 2022 roku postępowania numer 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 tlenoterapia domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski, Kalisz, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w odwołaniu. Rozpatrzone zostały ponadto zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez

oferentów w postępowaniu nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania konkursowego.

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.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym przede wszystkim wymagane kwalifikacje personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, określają wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 31d Ustawy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym zastosowanie w tym względzie znalazło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 poz. 357 z późn. zm.), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”. Ponadto Prezes Funduszu – na podstawie art. 146 ust. 1 Ustawy – określił przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie oraz mając na uwadze konieczność

stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej. W drodze delegacji, o której mowa w art. 146 Ustawy, Prezes Funduszu wydał zarządzenie obejmujące istotne zagadnienia związane z postępowaniem prowadzonym w trybie konkursu ofert, określając jednocześnie szczegółowe warunki zawierania oraz realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie ww. umowy (oferent) ma obowiązek przygotować i złożyć ofertę zgodnie z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania i realizacji umów. Dla przedmiotowego postępowania zastosowanie znalazło w tym względzie zarządzenie 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, zwane dalej: „zarządzeniem 167/2019/DSOZ”.

Wyrazem realizacji zasady zapewniającej równe traktowanie świadczeniodawców są również określone przez Ministra Zdrowia szczegółowe kryteria oceny ofert. Dla przedmiotowego postępowania zostały one określone w Załączniku 9. „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie” w Tabeli nr 1. „Tlenoterapia w warunkach domowych” część 4. „4. Przedmiot postępowania: Tlenoterapia w warunkach domowych” oraz w Tabeli nr 2. Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - część wspólna” rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 z późn. zm.), zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”. Pozwalają one z kolei na ocenę oferty ponad warunki wymagane i umożliwiają – zgodne z zasadami uczciwej konkurencji – sporządzanie oferty przez uczestników postępowania konkursowego w oparciu o takie same kryteria dotyczące jakości, kompleksowości i ciągłości udzielania świadczeń. Jednocześnie, co istotne, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

W postępowaniu konkursowym nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 udział wzięło 3 (słownie: trzech) oferentów, z których każdy przygotował 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 stworzeniu 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 stwierdził, że rozstrzygnięcie przez komisję konkursową postępowania nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 jest dla niego „niezrozumiałe”, ponieważ przygotowana przez niego oferta nie została wybrana pomimo spełnienia przez niego wszystkich wymogów formalnych.

W ocenie Odwołującego naruszony został przez to jego interes prawny, gdyż „nie będzie on mógł udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez okres 5 lat, gdyż na taki okres zawarta zostanie umowa z oferentami, których oferta została wybrana w konkursie”.

Odwołujący upatruje w powyższej okoliczności 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 Naczelny 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.”*.

Uwzględniając przedstawione okoliczności stwierdzić należy, że komisja konkursowa w postępowaniu nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 nie naruszyła zasad prowadzenia postępowania, w tym zasady równego traktowania świadczeniodawców.

W tym miejscu wyjaśnienia wymaga, że w wyniku oceny oferty Odwołującego uzyskała ona łączną liczbę 48,50 punktów (uwzględniając kryterium ceny). Oferent znajdujący się na poz. 1 w końcowym rankingu – Beata Asankowicz-Bargiel i Partnerzy, Lekarze Spółka Partnerska uzyskał 81,71 punktów łącznej oceny oferty, zaś znajdujący się na poz. 2 w rankingu końcowym oferent GO-MAX GROUP Sp. z o.o. uzyskał 81,00 punktów łącznej oceny oferty. Odwołujący z oceną łączną 48,50 pkt uplasował się w rankingu końcowym ofert na poz. 3, tracąc do drugiego w rankingu oferenta GO-MAX GROUP Sp. z o.o. 32,50 pkt.

Maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 tlenoterapia domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski,

Kalisz, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski, **określono na 2 (słownie: dwie)**, co wskazano również w ogłoszeniu z dnia 29 września 2022 roku o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert. Wobec powyższego, podjęto decyzję o zawarciu umowy z dwoma oferentami zajmującymi najwyższe miejsca w rankingu końcowym ofert tj. z oferentem Beata Asankowicz-Bargiel i Partnerzy, Lekarze Spółka Partnerska oraz z oferentem GO-MAX GROUP Sp. z o.o.

Biorąc powyższe pod uwagę, Prezes Funduszu, oceniając działanie komisji konkursowej i podejmowane przez nią czynności w toku prowadzonego postępowania konkursowego nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01, nie dopatrywał 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).

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 zróżnicowań zarówno faworyzujących, jak i dyskryminujących. W konsekwencji, w oparciu o określone wymagania wybrany ma zostać świadczeniodawca dający najlepsze gwarancje realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto warunki określone przez Prezesa NFZ w oparciu o art. 146 ust. 1 ustawy muszą być kształtowane z uwzględnieniem interesu ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

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

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

Jak już wspomniano, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania, a porównanie tych ofert następuje na podstawie art. 148 Ustawy, przy czym kryteria oceny określone są w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Powyższe jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, eliminuje bowiem element subiektywny oceny dokonywanej przez komisję konkursową. Co więcej, poza zasadą jednolitości, powyższy przepis 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 przygotować 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 rankingu zawarte w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Mając powyższe na względzie Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszenia wskazanych zasad w prowadzonym postępowaniu nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01. 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 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 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 w toku postępowania administracyjnego, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 w kontekście 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 niego określonych warunków, mających bezpośredni wpływ na wartość punktową oferty, komisja konkursowa nie popełniła błędów. W szczególności wskazać należy, że Odwołujący nie przedstawił w odwołaniu żadnych argumentów, które wskazywałyby na ewentualne naruszenie przez komisję konkursową zasad postępowania nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 czy to poprzez bezpodstawne zaniżenie punktacji jego oferty, zawyżenie punktacji ofert pozostałych oferentów, czy też takie naruszenie zasad postępowania, które skutkowałoby odrzuceniem oferty któregoś z pozostałych oferentów. Odwołujący ograniczył się jedynie do wskazania, że złożona przez niego oferta spełniała warunki formalne, z czego wywiódł on wniosek, że oferta ta powinna zostać wybrana przez komisję konkursową, a brak wyboru tej oferty spowodował naruszenie interesu prawnego Odwołującego oraz zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców. Jak wskazano powyżej, rozumowanie takie jest błędne, bowiem zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 do zawarcia umowy wybrano 2 (słownie: dwóch) świadczeniodawców, których oferty były najlepiej punktowane, zaś Odwołujący za złożoną przez siebie ofertę otrzymał taką liczbę punktów, która w rankingu końcowym ofert umiejscowiła go na 3 pozycji (ze stratą 32,5 pkt do oferenta znajdującego się na 2 pozycji), skutkiem czego jego oferta nie mogła zostać wybrana. Wobec powyższego, wyraźnie stwierdzić należy, że nie można w tej sytuacji mówić o naruszeniu interesu prawnego Odwołującego, a komisja konkursowa nie naruszyła w żaden sposób zasady równego traktowania świadczeniodawców wskazanej w art. 134 Ustawy.

Odnosząc się do wniosku Odwołującego o „przedstawienie punktacji za poszczególne pytania ankietowe formularza ofertowego dotyczącego warunków wymaganych formalnych jak i warunków dodatkowo ocenianych, na podstawie których dokonano weryfikacji przedłożonej przez Szpital oferty” wskazać należy, że we wcześniejszej części niniejszej decyzji w sposób szczegółowy przedstawiono poszczególne kryteria wyboru ofert wraz z możliwą do zdobycia liczbą punktów za dane kryterium, odpowiedzi wszystkich oferentów wraz z liczbą przyznanych im punktów za każde kryterium oraz ranking końcowy ofert uwzględniający punktację za ofertę cenową, punktację z tytułu pozostałych kryteriów oraz łączną liczbę punktów oceny wszystkich oferentów.

Biorąc pod uwagę motywy uzasadnienia niniejszej decyzji należy stwierdzić, że w odwołaniu nie wykazano, że komisja konkursowa naruszyła zasady prowadzenia postępowania nr 15-23-000008/SOK/11/1/11.2150.042.02/01 o zawarcie 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 tlenoterapia domowa na obszarze powiatów: jarociński, kaliski, Kalisz, kępiński, krotczyński, ostrowski, ostrzeszowski, pleszewski. 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 nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a zatem brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia,
Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Hanna Philips (1)

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.

Wykonano w 5 egz.:

1. Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy k/Kalisza, Wolica 113, 62-872 Godziesze Wielkie,
2. Beata Asankowicz-Bargiel i Partnerzy, Lekarze Spółka Partnerska, ul. Piłsudskiego 33, 63-400 Ostrów Wielkopolski,
3. GO-MAX Group Sp. z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz, adres do doręczeń: ul. Zagorzynek 34, 62-800 Kalisz,
4. a/a,
5. a/a.

Opracował Jacek Jakubowski, Wydział Organizacyjny

