

ZARZĄDZENIE WEWNĘTRZNE
DYREKTORA
ŚLĄSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W KATOWICACH

Nr 358/2019

z dnia 29 listopada 2019 r.

**w sprawie wprowadzenia zasad weryfikacji oferentów uczestniczących
w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 98 ust. 1 pkt. 4 oraz art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.) oraz § 17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1897)

ZARZĄDZA SIĘ, CO NASTĘPUJE:

§ 1

1. W celu ujednolicenia sposobu postępowania wprowadza się do stosowania poniższe zasady weryfikacji oferentów uczestniczących w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Niniejsze zasady nie dotyczą świadczeń w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne.

§ 2

1. Zgodnie z obowiązującą w NFZ „Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, zwaną dalej „procedurą”, komisja może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym.
2. Komisja przeprowadza weryfikację oferentów zgodnie z zapisami § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy.
3. W przypadku uzasadnionych wątpliwości Komisja może podjąć decyzję o przeprowadzeniu weryfikacji także u innych oferentów, niż wskazani w ww. rozporządzeniu.

4. W przypadku, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, komisja może odstąpić od obowiązku weryfikacji u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie, na który została złożona oferta w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta, po uzyskaniu zgody Dyrektora Śląskiego OW NFZ lub pisemnie upoważnionego Zastępcy Dyrektora.
5. Przewodniczący komisji powołuje zespół lub zespoły do przeprowadzenia weryfikacji oferentów oraz podpisuje upoważnienia do przeprowadzenia weryfikacji. Wzór upoważnienia określony jest w procedurze.
6. Oferenta powiadamia się o zamiarze przeprowadzenia weryfikacji z co najmniej jednodniowym wyprzedzeniem pisemnie, za pośrednictwem faksu, poczty elektronicznej lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73), jeżeli oferent wyrazi zgodę na doręczanie pism w postępowaniu za pomocą tych środków, wskaże adres poczty elektronicznej, a doręczający uzyska niezwłocznie, jednak nie później niż do końca dnia roboczego następującego po dniu, w którym przekazano oświadczenie lub zawiadomienie, potwierdzenie doręczenia pisma na wskazany adres.

§ 3

Weryfikacja obejmuje następujące zagadnienia z uwzględnieniem specyfiki rodzaju i zakresu świadczeń:

- 1) Personel – weryfikacja następuje na podstawie oświadczeń (których wzory stanowią załączniki nr 1 i 2) wymaganych od oferenta na etapie składania ofert w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W zależności od rodzaju świadczeń stosuje się odpowiednie wzory:
 - a) oświadczenia wymagane na etapie składania ofert – informacja przekazywana oferentom w formie komunikatu (wraz z odpowiednimi załącznikami nr 1 i 2) publikowanego w dniu ogłoszenia konkursów ofert lub rokowań na stronie internetowej Śląskiego OW NFZ oraz szkoleniach dla oferentów organizowanych przez Śląski OW NFZ (jeśli są organizowane); oferent może załączyć do oferty odpowiednio załącznik nr 1 lub 2,

- b) w sytuacji braku oświadczeń w ofercie (lub złożenia niekompletnych oświadczeń) wezwanie oferenta do złożenia wyjaśnień dotyczących oferty, powołując się na zapisy § 17 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r.
- 2) Pomieszczenia – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych odnośnie pomieszczeń przeznaczonych do realizacji świadczeń zdrowotnych i wykazanych w ofercie:
- a) adres miejsca realizacji świadczeń,
 - b) przeznaczenie, oznaczenie i liczba pomieszczeń,
 - c) potwierdzenie tytułu prawnego do korzystania z budynków, lokali lub pomieszczeń,
 - d) warunki sanitarno-higieniczne,
 - e) dostęp dla osób niepełnosprawnych,
 - f) dostosowanie pomieszczeń do warunków wymaganych,
 - g) dostosowanie pomieszczeń do warunków dodatkowo ocenianych.
- 3) Wyposażenie – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych odnośnie wyposażenia przeznaczonego do realizacji świadczeń zdrowotnych i wykazanego w ofercie:
- a) oznaczenie i liczba urządzeń, numery seryjne i zgodność numerów seryjnych podanych w ofercie ze stanem faktycznym. Weryfikacji podlega sprzęt i aparatura medyczna konieczna do realizacji świadczeń z zakresu, na jaki została złożona oferta w myśl przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w danym rodzaju świadczeń oraz sprzęt i aparatura medyczna podlegająca dodatkowej ocenie w myśl zapisów 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.); w przypadku wykazania w ofercie całości sprzętu i aparatury medycznej posiadanych przez oferenta w podmiocie leczniczym, zespół przeprowadzający weryfikację w protokole opisuje jedynie sprzęt konieczny do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju i zakresie świadczeń stanowiącym przedmiot postępowania..
 - b) dokumentacja techniczna (tzw. „paszport techniczny” lub inne dokumenty),
 - c) posiadane zgody lub decyzje dotyczące użytkowania, jeśli są wymagane.
- 4) Pojazdy medyczne (ambulanse drogowe) – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych oraz wyposażenia przeznaczonego do udzielania świadczeń, wykazanego w ofercie:

- a) sprawdzenie numeru rejestracyjnego, dowodu rejestracyjnego oraz świadectwa homologacji typu pojazdu,
 - b) sprawdzenie tytułu prawnego do korzystania z pojazdu (dowód zakupu, leasingu, użyczenia, itp.),
 - c) sprawdzenie wyposażenia pojazdu (paszporty techniczne, numery seryjne).
- 5) Zgodność udzielonych odpowiedzi ankietowych (w części dotyczącej dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo) ze stanem faktycznym.

§ 4

1. Wyniki weryfikacji odnotowuje się w protokole weryfikacji, którego wzór określony jest w procedurze.
2. W protokole w szczególności odnotowuje się stwierdzony w trakcie weryfikacji zastany stan faktyczny w zakresie elementów opisanych w § 3 niniejszej procedury. W przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym, a stanem przedstawionym w ofercie oraz w przypadku uzasadnionych wątpliwości zespołu weryfikującego co do okazanej przez oferenta dokumentacji, zespół przeprowadzający weryfikację sporządza dokumentację fotograficzną potwierdzających stwierdzone rozbieżności lub wątpliwości.
3. W protokole można także zawrzeć dodatkowe uwagi zespołu weryfikującego lub przedstawicieli oferenta.
4. Ustalenia poczynione w trakcie weryfikacji dokumentuje się w załącznikach do protokołu, których wzory stanowią załączniki nr 3-5 do niniejszego zarządzenia. Spełnianie poszczególnych wymagań lub posiadanie odpowiednich dokumentów potwierdza się wpisem lub poprzez zaznaczenie właściwej odpowiedzi przez obwiedzenie jej kółkiem.
5. Do protokołu weryfikacji można dołączyć kopie odpowiednich dokumentów potwierdzających tytuł prawny, spełnianie warunków, itp., jeśli nie zostały one złożone w ofercie. Dołączenie dokumentów odnotowuje się w protokole weryfikacji.
6. Protokół weryfikacji oraz załączniki, o których mowa w ust. 4, podpisują członkowie zespołu weryfikującego oraz przedstawiciele oferenta biorący udział w czynnościach weryfikacyjnych.
7. Dane ujęte w protokole weryfikacji wprowadzane są do modułu obsługi konkursu ofert.

§ 5

Zarządzenie podlega publikacji na stronie internetowej Śląskiego OW NFZ w sekcji „Kontraktowanie” na rok 2019 i lata następne, w dziale „zarządzenia i inne akty prawne o charakterze ogólnym”.

§ 6

Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikom: Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydziału Gospodarki Lekami oraz Wydziału ds. Służb Mundurowych, a także Rzecznikowi Prasowemu w zakresie wynikającym z § 5.

§ 7

1. Z dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia traci moc zarządzenie wewnętrzne Dyrektora Śląskiego OW NFZ nr 179/2015 z dnia 5 listopada 2015 r. w sprawie wprowadzenia zasad weryfikacji oferentów uczestniczących w postępowaniach poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Do weryfikacji prowadzonych w postępowaniach ogłoszonych przed wejściem w życie niniejszego zarządzenia stosuje się postanowienia zarządzenia, w o którym w mowa w ust. 1.

§ 8

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Nazwisko oraz imię
składającego
oświadczenie
Pesel:

dnia.....

OŚWIADCZENIE

dotyczy postępowania nr: - na realizację świadczeń
w ramach umów w rodzaju:, w zakresie:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w(nazwa i adres oferenta), w tym w zakresie tygodniowego wymiaru zatrudnienia/harmonogramu pracy* (z wyłączeniem godzin dyżurowych/wraz z godzinami dyżurowymi*) przedstawionym w ofercie, wynoszącym:

..... godzin minut – w poradni*:

Łączny średniotygodniowy czas pracy w oddziale*

godzin minutw tym ordynacji dziennej godzin..... minut.....

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

*Niepotrzebne skreślić

nazwa
 oferenta
 (pieczęć)

OŚWIADCZENIE

dotyczy postępowania nr: - na realizację świadczeń w ramach umów w rodzaju:....., w zakresie:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy, w tym w zakresie tygodniowego wymiaru zatrudnienia/harmonogramu pracy przedstawionym w ofercie wynoszącym:

lp	Nazwisko oraz Imię	Nr Pesel	tygodniowy wymiar zatrudnienia/harmonogram pracy w oddziale (dotyczy godzin ordynacji dziennej)..... (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia/harmonogram pracy w oddziale (dotyczy godzin dyżurowych) (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia/harmonogram pracy w poradni (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	tygodniowy wymiar zatrudnienia/harmonogram pracy w poradni (Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych nr:)	Podpis
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

.....
 podpis i pieczęć Dyrektora (lub osoby upoważnionej)

*Niepotrzebne skreślić

Nr postępowania
Nr oferty
Kod oferenta
Nazwa oferenta
Siedziba oferenta
Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego
Adres miejsca wykonywania świadczeń.....
Warunki higieniczno-sanitarne TAK/NIE

Załącznik nr 2 do protokołu weryfikacji oferenta w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej
Weryfikacja pomieszczeń

L.p.	Oznaczenie pomieszczenia	Liczba	Tytuł prawny		Decyzja Sanepidu		Dostosowanie pomieszczeń do warunków wymaganych			Dostosowanie pomieszczeń do warunków dodatkowo ocenianych			Uwagi
			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
1			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
2			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
3			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
4			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
5			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
6			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
7			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
8			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
9			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
10			TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	

Podpisy przedstawicieli oferenta

1.
2.

Podpisy członków zespołu weryfikującego

1.
2.

Nr postępowania
 Nr oferty
 Kod oferenta
 Nazwa oferenta
 Siedziba oferenta
 Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego
 Adres miejsca wykonywania świadczeń.....

Załącznik nr 3 do protokołu weryfikacji oferenta w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej
Weryfikacja wyposażenia i pojazdów

L.p.	Oznaczenie wyposażenia	Nr seryjny/rejestracyjny	Dokumentacja techniczna (tzw. "paszport techniczny" lub inne dokumenty)			Zgodność nr seryjnego podanego w ofercie ze stanem faktycznym		Posiadane zgody lub decyzje dot. użytkowania, jeśli są wymagane			Uwagi
			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
1			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
2			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
3			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
4			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
5			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
6			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
7			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
8			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
9			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	
10			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE DOT.	

Podpisy przedstawicieli oferenta

1.
 2.

Podpisy członków zespołu weryfikującego

1.
 2.

Nr postępowania
Nr oferty
Kod oferenta
Nazwa oferenta
Siedziba oferenta
Miejsce wykonywania świadczeń - część VII i VIII kodu resortowego
Adres miejsca wykonywania świadczeń.....

Załącznik nr 4 do protokołu weryfikacji oferenta w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej

Weryfikacja ankiety w części dotyczącej dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo

Lp.	Pytanie ankietowe	Udzielona odpowiedź	Zgodność ze stanem faktycznym	
			TAK	NIE
			TAK	NIE
			TAK	NIE
			TAK	NIE
			TAK	NIE

Podpisy przedstawicieli oferenta

1.
2.

Podpisy członków zespołu weryfikującego

1.
2.