

ZARZĄDZENIE WEWNĘTRZNE
DYREKTORA
ŚLĄSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W KATOWICACH
Nr 289/2021
z dnia 17 grudnia 2021 r.

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

Działając na podstawie art. 98 ust. 1 pkt. 4 oraz art. 102 ust. 5 pkt 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.) oraz § 17 ust. 2 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), a także Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.), w zakresie pełnomocnictwa udzielonego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

ZARZĄDZA SIĘ, CO NASTĘPUJE:

§ 1

1. W celu ujednoczenia 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 poprzez ich porównanie ze stanem faktycznym.
2. Komisja przeprowadza weryfikację oferentów zgodnie z zapisami § 17 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.

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. Jeżeli w wyniku postępowania zawarto umowę z oferentem, o którym mowa w ust. 4, i odstąpiono od obowiązku weryfikacji jego oferty w toku postępowania, komisja konkursowa przeprowadza weryfikację oferenta, z którym zawarto umowę, w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania, w terminie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia realizacji umowy.
6. Przewodniczący komisji powołuje zespół lub zespoły do przeprowadzenia weryfikacji oferentów oraz podpisuje upoważnienia do przeprowadzenia weryfikacji. Wzór upoważnienia określony został w procedurze.
7. 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 stanowiących przedmiot oferty:

- 1) Personel – weryfikacja następuje na podstawie oświadczeń wymaganych od oferenta na etapie składania ofert w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) informacja o wymaganych oświadczeniach przekazywana jest oferentom w formie komunikatu publikowanego w dniu ogłoszenia konkursów ofert lub rokowań na stronie internetowej Śląskiego OW NFZ oraz na szkoleniach dla oferentów, jeśli są organizowane;
 - b) oferent powinien załączyć do oferty oryginały oświadczeń personelu zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia;
 - c) w przypadku braku oświadczeń w ofercie (lub złożenia niekompletnych oświadczeń) Komisja Konkursowa wzywa oferenta do złożenia wyjaśnień dotyczących oferty, powołując się na zapisy § 17 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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) dostosowanie pomieszczeń do warunków wymaganych,
 - f) dostosowanie pomieszczeń do warunków dodatkowo ocenianych.

- 3) Wyposażenie – weryfikacja spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych odnośnie wyposażenia przeznaczonego do realizacji świadczeń zdrowotnych 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 oraz rankingujący w rodzaju i zakresie świadczeń stanowiącym przedmiot postępowania;
 - b) dokumentacja techniczna (tzw. „paszport techniczny” lub inne dokumenty) w zakresie potwierdzania sprawności wykazanego w ofercie sprzętu;
 - 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) Dostęp dla osób niepełnosprawnych (podjazdy, windy, sanitariaty, itp.).

§ 4

1. Wyniki weryfikacji odnotowuje się w protokole weryfikacji, którego wzór określony został w procedurze.
2. W protokole odnotowuje się stwierdzony w trakcie weryfikacji stan faktyczny w zakresie elementów opisanych w § 3 niniejszej procedury. W przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym, a stanem przedstawionym w ofercie lub w przypadku uzasadnionych wątpliwości zespołu weryfikującego, zespół przeprowadzający weryfikację sporządza dokumentację fotograficzną potwierdzającą stwierdzone rozbieżności lub wątpliwości lub pobiera potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów.
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 weryfikacji, których wzory stanowią załączniki nr 2-4 do niniejszego zarządzenia. Spełnianie poszczególnych wymagań lub posiadanie odpowiednich dokumentów potwierdza się wpisem lub poprzez zaznaczenie właściwej odpowiedzi.
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 2021 i lata następne, w dziale „zarządzenia i inne akty prawne o charakterze ogólnym”.

§ 6

Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikom: I Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydziału Gospodarki Lekami, Wydziału ds. Służb Mundurowych, Kierownikowi Zespołu

Profilaktyki Zdrowotnej, a także Kierownikowi Zespołu Komunikacji Społecznej w zakresie wynikającym z § 5.

§ 7

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 8

1. Z dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia traci moc zarządzenie wewnętrzne Dyrektora Śląskiego OW NFZ nr 80/2021 z dnia 7 kwietnia 2021 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, o którym mowa w ust. 1.

§ 9

Zarządzenie wydane w ramach realizacji celu nr 5 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.

.....
(nazwisko oraz imię osoby składającej
oświadczenie)

.....
(miejsowość, data)

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

dotyczy postępowania nr:

na realizację świadczeń w ramach umów w rodzaju:

w zakresie:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia
obowiązania umowy w

.....
.....

(nazwa i adres oferenta)

w tygodniowym wymiarze zatrudnienia/harmonogramu pracy przedstawionym w ofercie,
wynoszącym:

W oddziale/zakładzie* godzin minut

. w tym ordynacji dziennej godzin minut

(z wyłączeniem godzin dyżurowych/z godzinami dyżurowymi*);

W poradni/pracowni* godzin minut

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

***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.....

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			Warunki higieniczno-sanitarne			Dostosowanie pomieszczeń do warunków wymaganych			Dostosowanie pomieszczeń do warunków dodatkowo ocenianych			Uwagi
			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
1			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
2			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
3			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
4			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
5			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
6			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
7			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
8			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
9			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
10			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	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	Tytuł prawny			Wyposażenie/sprzęt i dokumentacja techniczna spełniają wymagania			Zgodność nr seryjnego sprzętu podanego w ofercie ze stanem faktycznym			Posiadane zgody lub decyzje dot. użytkowania, jeżeli są wymagane			Uwagi
			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
1			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
2			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
3			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
4			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
5			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
6			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
7			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
8			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
9			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	
10			TAK	NIE	NIE DOT.	TAK	NIE	NIE DOT.	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 4 do protokołu weryfikacji oferenta w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej
Dostęp dla osób niepełnosprawnych**

Lp.	Pozycja	Zgodność z wymaganiami	
		TAK	NIE
1		TAK	NIE
2		TAK	NIE
3		TAK	NIE
4		TAK	NIE

Podpisy przedstawicieli oferenta

1.
2.

Podpisy członków zespołu weryfikującego

1.
2.