

WO-DP.422.78.2018

Poznań, dnia

21. 09. 2018

DECYZJA NR 76.../2018/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień na obszarze powiatu Poznań, wniesionych odrębnie przez: Agnieszkę Merle, Józefa Jasińskiego wspólników spółki cywilnej Poradnia leczenia uzależnienia „Wilda” z siedzibą w Poznaniu (61-495), ul. Czwartaków 17 oraz Stowarzyszenie MONAR z siedzibą w Warszawie (00-151), ul. Nowolipki 9/B, postanawiam:

1. oddalić odwołanie złożone przez Agnieszkę Merle, Józefa Jasińskiego wspólników spółki cywilnej Poradnia leczenia uzależnienia „Wilda” z siedzibą w Poznaniu (61-495), ul. Czwartaków 17,
2. oddalić odwołanie złożone przez Stowarzyszenie MONAR z siedzibą w Warszawie (00-151), ul. Nowolipki 9/B.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, oraz 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 (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 04 lipca 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień na obszarze powiatu Poznań.

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 441 280,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 6 (słownie: sześć).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 31 sierpnia 2018 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 dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 konkursowych 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 dyrektor oddziału wojewódzkiego 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 właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęły odwołania złożone w dniu 4 września 2018 roku przez:

- Agnieszkę Merle, Józefa Jasińskiego wspólników spółki cywilnej Poradnia leczenia uzależnienia „Wilda” z siedzibą w Poznaniu (61-495), ul. Czwartaków 17, zwana dalej „Odwołująca WILDA”;
- Stowarzyszenie MONAR z siedzibą w Warszawie (00 - 151), ul. Nowolipki 9/B, zwane dalej „Odwołujący MONAR”;

dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01. Odwołanie złożone przez Odwołującego MONAR obarczone było brakiem formalnym, do usunięcia którego Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ wezwał pismem z dnia 6 września 2018 roku. Odwołujący MONAR w dniu 13 września 2018 roku uzupełnił brak formalny odwołania w terminie wskazanym przez organ, co pozwoliło nadać sprawie dalszy bieg.

Stwierdzić należy, iż odwołania wniesione zostały w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień na obszarze powiatu Poznań, Odwołujący MONAR wskazał, iż otrzymał zaledwie połowę dotychczasowego dofinansowania. Dalej podaje, iż tak radykalna decyzja komisji oznacza dla Odwołującego MONAR zniweczenie przez lata budowanej, wielowymiarowej struktury programu terapeutycznego. Odwołujący MONAR podnosi również, iż tradycyjnie już wypada źle w konkursie ofert, równocześnie ciesząc się niesłabnącym zainteresowaniem pacjentów, którzy oczekują w coraz dłuższych kolejkach. Odwołujący MONAR podnosi, iż kryteria, według których NFZ ocenia placówki w dużej mierze nie wpływają na

skuteczność terapii pacjentów uzależnionych, natomiast, to co przyczynia się do sukcesu terapeutycznego nie jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia punktowane.

W swoim odwołaniu Odwołujący MONAR podnosi również fakt, iż próbując sprostać wyśrubowanym, a co istotniejsze – nieadekwatnym w ocenie Odwołującego MONAR kryteriom (takim jak choćby umowa na podwykonawstwo opiewająca na transport sanitarny czy też na zabiegi EEG, EKG czy digitalizację zdjęć rentgenowskich w formacie DICOM) nie tylko nie służy podniesieniu jakości jej usług dla pacjenta uzależnionego, to jeszcze naraża Odwołującego MONAR na wysokie koszty administracyjne jak i finansowe. Kolejnym aspektem wg Odwołującego MONAR jest również rola procesu terapeutycznego i ewidentny brak jego zrozumienia dla jednostek, które tworzą kryteria konkursowe. Jakkolwiek wymóg digitalizacji i tworzenia elektronicznej dokumentacji choroby stanowił dla Poradni duży wysiłek organizacyjny oraz finansowy, Odwołujący MONAR postarał się spełnić to kryterium, uznając je za zasadne. Jednakże automatyczna rejestracja internetowa w ocenie Odwołującego MONAR wydaje się być pomysłem godzącym w strukturę procesu terapeutycznego z uwagi na wagę pierwszego kontaktu, nawiązania relacji z placówką, a także weryfikację motywacji, która jest kluczowa w procesie wychodzenia z uzależnienia. Wobec dylematu - czy spełniać nieprzystające do rzeczywistości warunki Ministra Zdrowia czy też dbać o potrzeby pacjentów oraz etykę zawodową, Odwołujący MONAR staje po stronie pacjentów.

W ocenie Odwołującego MONAR specyfiką prowadzonej Poradni jest systemowy program leczenia dla osób zażywających różne środki psychoaktywne oraz ich rodzin. Odwołujący MONAR wskazuje, że jego pacjenci to często osoby młode, bo takie głównie sięgają po narkotyki. Program realizowany w ramach NFZ jest ściśle powiązany z innymi programami, które go spójnie uzupełniają, rozszerzając ofertę oraz podnosząc skuteczność terapii (profilaktyka, redukcja szkód, program uzależnień behawioralnych, program dla młodzieży, a także dla rodziców). Nie jest prawdą, w ocenie Odwołującego MONAR, że wystarczy zredukować program adekwatnie do okrojonego kontraktu, zwolnić terapeutów i przekazać pacjentów poradniom, będącym wyżej w rankingu NFZ - żadna z nich na przykład nie przyjmuje osób uzależnionych od narkotyków i nie ma dla nich porównywalnej do Odwołującego MONAR oferty. Terapia ambulatoryjna dla osób młodych, krótko, ale intensywnie zatopionych w narkotykach jest najtańszą formą zatrzymania wielowymiarowej destrukcji i przywrócenia osób nią dotkniętych do konstruktywnego funkcjonowania w społeczeństwie.

W końcowej części odwołania Odwołujący MONAR wniósł o utrzymanie poprzedniego kontraktu i programu Poradni w obecnym kształcie.

Odwołująca WILDA we wniesionym odwołaniu zarzuciła:

I. naruszenie przepisów prawa materialnego:

- 1) art. 149 ust.1 pkt 2 Ustawy poprzez bezpodstawne odrzucenie złożonej przez Odwołującą WILDA oferty, pomimo spełnienia wymaganych prawem warunków w tym, w zakresie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wskutek uznania, że Odwołująca WILDA zawarła nieprawdziwe informacje w ofercie.
- 2) art. 30 ust. 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (t. j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm., dalej także jako UoPP) w zw. z § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania (dalej także jako RozpDokMed) - poprzez dokonanie przez komisję konkursową błędnej interpretacji przepisów w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, co doprowadziło do niewłaściwego zinterpretowania treści złożonych przez Odwołującą WILDA wyjaśnień w przedmiocie prowadzenia dokumentacji medycznej, co skutkowało ustaleniem przez komisję konkursową, że oferta Odwołującej WILDA zawiera nieprawdziwe informacje w zakresie prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej

i podlega odrzuceniu;

- 3) art. 134 ust. 1 Ustawy poprzez naruszenie zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady zachowania uczciwej konkurencji poprzez uznanie, że brak spełniania wymogu w zakresie prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej kwalifikuje ofertę do odrzucenia podczas, gdy należało rozważyć przyjęcie mniejszej liczby punktów jak w odniesieniu do pozostałych oferentów nieokreślających prowadzenia dokumentacji w tej formie.

II. naruszenie przepisów postępowania:

- 1) art. 6 w zw. z art. 7 w zw. z art 77 § 1 w zw. z art 80 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. (t. j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1257 ze zm., dalej jako k.p.a.) poprzez niedostateczne wyjaśnienie stanu faktycznego sprawy, a w konsekwencji naruszenie art. 8 k.p.a. poprzez przeprowadzenie postępowania w sposób sprzeczny z zasadą pogłębiania zaufania obywateli do organów państwa.

Na podstawie art. 154 ust. 7 Ustawy Odwołująca WILDA wniosła o uwzględnienie oferty Odwołującej WILDA i przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań.

W uzasadnieniu zarzutu naruszenia art. 149 ust. 1 pkt. 2 Ustawy Odwołująca WILDA wskazała, iż komisja konkursowa bezzasadnie zarzuciła Odwołującej WILDA zawarcie w ofercie nieprawdziwych danych, a dotyczących prowadzenia historii choroby w postaci elektronicznej. Odwołująca WILDA podniosła, iż nie tylko nie podała nieprawdziwych informacji i w żadnym zakresie nie wprowadziła organu w błąd. Zdaniem Odwołującej WILDA zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje, przy czym w odniesieniu do Odwołującej WILDA nie zostały spełnione przesłanki odrzucenia oferty na podstawie tego przepisu. Dalej Odwołująca WILDA podaje, iż odnosząc się do wykładni literalnej art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy, a przedstawionej w analogicznej sprawie w uzasadnieniu do wyroku z dnia 7 grudnia 2017 roku przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu (III SA/Po 681/17, Legalis: 1711850) przywołać należy „[...] iż przez owe podanie nieprawdziwych informacji uznane winno być takie działanie świadczeniodawcy, który aby uzyskać pozytywne dla siebie rozstrzygnięcie podaje informacje, które nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości. Należy przyjąć, iż „nieprawdziwość” musi dotyczyć okoliczności, które wpływają w jakikolwiek sposób na wynik postępowania, w tym takich, które mogą świadczyć o nieprawidłowym w przyszłości wykonaniu umowy (wyrok NSA z 1 O kwietnia 2014 r., sygn. akt II GSK 476/13). Podkreślenia wymaga, że nie każda nieprawdziwa informacja stanowi podstawę do odrzucenia oferty. Pomimo braku takiego zastrzeżenia w treści przepisu, nieprawdziwość musi dotyczyć okoliczności, które wpływają w jakikolwiek sposób na wynik postępowania.” Dlatego też w ocenie Odwołującej WILDA za informacje nieprawdziwe nie można uznać udzielenia przez Odwołującą WILDA w ankiecie odpowiedzi twierdzącej na pytanie „Świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art.30 UoPP, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.” Odwołująca WILDA wskazuje, iż w chwili składania ofert zadeklarowała, że spełnia podstawowe warunki prowadzenia dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów UoPP, a na tę okoliczność przedstawiła zawartą z firmą MediPorta sp. z o.o. umowę na świadczenie usług, która to firma pismem z dnia 27 sierpnia 2018 roku potwierdziła, że platforma MediPorta zawiera funkcjonalność umożliwiającą prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej. A zatem zdaniem Odwołującej WILDA przedłożyła komisji konkursowej wszelkie dostępne informacje, a składając ofertę nie uczyniła nic, co mogłoby wskazywać na podanie przez nią nieprawdziwych informacji. Tym samym Odwołująca WILDA podkreśla, iż został naruszony jej interes prawny przejawiający się w bezzasadnym odrzuceniu oferty.

Dalej Odwołująca WILDA wskazuje, iż jak wyjaśniła w piśmie z dnia 27 sierpnia b.r. tyt. protest, nie miała na celu wprowadzanie komisji konkursowej w błąd, gdyż była przekonana, co stanowiło odzwierciedlenie w ankiecie, że posiada funkcjonalność umożliwiającą prowadzenie dokumentacji

w formie elektronicznej zgodnie z ustawą UoPP. Nie miała także powodu, by sądzić odmiennie, wobec zapewnień składanych przez MediPorta sp. z o.o.. Odwołująca WILDA wyjaśnia, iż z racji zawartej umowy z firmą MediPorta sp. z o.o. wypełniając ankietę, co nie jest pozbawione prawdy zapewniła wszelkie nałożone i wymagane prawem obowiązki w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Zgodnie z zapewnieniami firmy MediPorta udostępniona przez firmę MediPorta platforma jest bowiem kompatybilna z formatem DICOM, a jej oprogramowanie umożliwia zapis i eksport danych związanych z diagnostyką obrazową.

Z ostrożności Odwołująca WILDA wskazuje, że uznanie przez komisję konkursową, że Odwołująca WILDA udzieliła nieprawdziwych informacji nie rzutuje jeszcze na odrzucenie oferty, a co najwyżej skutkować powinno przyjęciem mniejszej liczby punktów ofertowych. Według Odwołującej WILDA komisja konkursowa w toku postępowania nie wykazała jednoznacznie, aby podane przez Odwołującą WILDA dane dotyczące sposobu prowadzenia dokumentacji elektronicznej nie odpowiadały rzeczywistości i aby ten sposób prowadzenia dokumentacji miał wpływ na wynik postępowania.

Jednocześnie Odwołująca WILDA wskazuje na niekonsekwencję komisji konkursowej w zakresie formułowania zarzutu podania nieprawdziwych informacji, która przeczy oczywistości podania nieprawdziwych informacji poprzez użyte sformułowanie „Oferent będący profesjonalistą (przedsiębiorcą), jakim jest (a w każdym razie powinien) świadczeniodawca składając [...] swój podpis [...] zaakceptował treść ww. pytań i tym samym potwierdził fakt prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 UoPP, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.” Tym samym zdaniem Odwołującej WILDA komisja z jednej strony wskazuje na zawarcie w ofercie nieprawdziwych danych, po czym uznaje, te informacje za wiarygodne. Co więcej, w opinii Odwołującej WILDA wskazanie przez komisję konkursową, iż dane zawarte w ofercie są nieprawdziwe nastąpiło po kilku wezwaniach oferenta do złożenia wyjaśnień, a dotyczących zupełnie innych kwestii, aniżeli będących podstawą niniejszego odwołania. Zdaniem odwołującej WILDA takie działanie komisji należy uznać za sprzeczne z zasadami współżycia społecznego i pozbawione obiektywizmu w zakresie podejmowanych rozstrzygnięć.

Według Odwołującej WILDA zrównanie wymagań stawianych oferentowi z dziedziny psychiatrii analogicznie przysługujących radiologowi jest zupełnie niezasadne.

W uzasadnieniu zarzutu naruszenia art. 30 ust. 1 UoPP w zw. z § 81 ust. 1 RozpDokMed Odwołująca WILDA wskazuje na błędną interpretację przez komisję konkursową przepisów odnoszących się do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej do której ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej. Powyższe doprowadziło zdaniem Odwołującej WILDA do niewłaściwego zinterpretowania treści złożonych przez Odwołującą WILDA wyjaśnień w przedmiocie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Powyższe bowiem skutkowało ustaleniem przez komisję konkursową, że oferta Odwołującej WILDA zawiera nieprawdziwe informacje w zakresie prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej i podlega odrzuceniu. Zdaniem Odwołującej WILDA wymagania dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej określone zostały w rozdziale IX powyższego rozporządzenia. Zgodnie zaś z § 80 tego rozporządzenia dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
- 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób

nieuprawnionych;

- 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;
- 5) przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 1 O ust.1 pkt 3;
- 6) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF);
- 7) eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 8) funkcjonalność wydruku dokumentacji.
- 9) Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej - udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej
- 10) następuje w formie komunikatów zgodnych z wzorcami struktury logicznej elektronicznych komunikatów opisanych za pomocą formatu XML/XSD i standardu wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową DICOM.

Powyższe nierozdzielnie w ocenie Odwołującej WILDA wiąże się z treścią § 81 ust.1 RozpDokMed, na które w uzasadnieniu protestu powołuje się komisja konkursowa, zgodnie z którym w przypadku, gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Zdaniem Odwołującej WILDA w ocenie komisji wyrażona tym przepisem dyspozycja nakazuje, że odwzorowanie cyfrowe zdjęć radiologicznych, które mają zostać dołączone do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, powinno zostać wykonane w takim formacie i z zachowaniem takich standardów, które zapewnią czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Skoro zaś standardem udostępnienia, przechowywania i interpretowania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, to również i odwzorowanie zdjęć radiologicznych, wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonywane z zachowaniem formatu DICOM. Komisja konkursowa o ocenie Odwołującej WILDA nie wzięła jednak pod uwagę okoliczności, które wskazują na kompatybilność formatu DICOM. „*Obraz zapisany w formacie DICOM może zostać skompresowany do różnych formatów takich jak JPEG, JPEGLosses, JPEG2000, czy Run -length encoding*” (Ili SA/Po 681/17, Legalis: 1711850). Odwołujący może więc eksportować pliki również do formatu pdf, który jest dopuszczalnym rozporządzeniem formatem plików. Powyższe umożliwia funkcjonalność platformy MediPorta. Pliki bowiem zapisane w formatach JPEG i BMP mogą być przekonwertowane i eksportowane do plików DICOM i odwrotnie. Powyższe zdaniem Odwołującej WILDA uzasadnia zatem stanowisko w zakresie spełniania wymogu prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

W uzasadnieniu zarzutu naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy Odwołująca WILDA dodaje, 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.*” Zdaniem Odwołującej WILDA zadeklarowanie prowadzenia kartoteki w formie elektronicznej pozbawiło Odwołującą WILDA możliwości dalszego udziału w postępowaniu. Oferta Odwołującej WILDA nie była poddana dalszej ocenie merytorycznej podczas gdy, zadeklarowanie przez innych oferentów prowadzenia tej samej dokumentacji w formie papierowej nie skutkowało odrzuceniem oferty, a jedynie przyznaniem mniejszej ilości punktów

z tytułu nie spełniania warunków konkursowych.

W uzasadnieniu zarzutu naruszenia art. 6 w zw. z art. 7 w zw. z art 77 § 1 w zw. z art 80 k.p.a. Odwołująca WILDA zarzuca nierozważenie wszechstronnie w sprawie materiału dowodowego oraz zaniechanie przeprowadzenia postępowania dowodowego w celu dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego sprawy. Posiłkując się uzasadnieniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego przywołanego w petitum odwołania Odwołująca WILDA wskazuje, że skoro w jej ocenie „*odwzorowywanie w standardzie DICOM leży w zakresie umowy zawartej z firmą Mediporta sp. z o.o. to wymagało wyjaśnienia, czy i w jakim zakresie Odwołująca WILDA prowadzi dokumentację elektroniczną i czy w kontekście zawartej umowy podała nieprawdziwe informacje*”. Zdaniem Odwołującej WILDA rolą komisji było w świetle przywołanych powyżej przepisów ustalenie i ocena, czy Odwołująca WILDA spełnia warunki określone tym przepisem, a więc czy „udostępnia” dokumenty w tym formacie i standardzie i czy ten zakres pojęciowy określony ww. rozporządzeniem wyklucza pojęcie zawarte w kryterium rankingującym „prowadzenia” elektronicznej dokumentacji medycznej. W ocenie odwołującej sama komisja podkreśliła w powiadomieniu o oddaleniu protestu, „*powyższe nie zostało zidentyfikowane przez komisję konkursową w złożonej przez Oferenta ofercie*”. W ocenie Odwołującej WILDA wyjaśnienie tej kwestii pozwoliłoby bowiem na ustalenie, czy odrzucenie oferty jest następstwem przyjęcia, że Odwołująca WILDA nie ma możliwości odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego MONAR oraz Odwołującą WILDA Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. ww. Odwołujących oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów k.p.a., w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 21 września 2018 roku.

Uwzględniając okoliczność, że od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 zostały złożone dwa odwołania, postanowieniem nr 34/2018/O z dnia 14 września 2018 r., działając na podstawie art. 62 k.p.a. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjął decyzję o połączeniu spraw do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia, o czym strony postępowania zostały poinformowane pismem z dnia 14 września 2018 r.

Z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący MONAR w dniu 13 września 2018 roku, Odwołująca WILDA w dniu 14 września 2018 roku oraz strona postępowania Grupa Katharsis Spółka z o.o. w dniu 19 września 2018 roku.

W dniu 17 września 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującego MONAR, w którym Odwołujący MONAR po zapoznaniu się z dokumentacją konkursową wniósł o wyjaśnienie zasad podziału środków finansowych proponowanych oferentom w toku prowadzonych negocjacji. Odwołujący MONAR wskazuje, iż poradnia, która wygrała ranking w zakresie leczenia uzależnień osiągnęła wynik 71,5 punktów. Odwołujący MONAR osiągnął wynik 40,5 punktu, co stanowi 56 % punktacji zwycięzcy, natomiast wysokość kontraktu Odwołującego MONAR ta zaledwie 33 % wartości kontraktu, w stosunku do wygranej poradni. Według obliczeń Odwołującego MONAR proporcjonalnie do wysokości kontraktu wygranej poradni, powinien otrzymać finansowe wynagrodzenie za udzielane do końca roku świadczenia w wysokości 89 600,00 zł.

Na skutek złożonych przez Odwołującego MONAR oraz Odwołującą WILDA odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania numer 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień na obszarze powiatu Poznań, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonych odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień na obszarze powiatu Poznań, oferty złożyli:

- Odwołujący MONAR;
- Odwołująca WILDA;
- Centrum Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Zmiana Ewa Mikołajczak, Iwona Ratajczak Spółka Jawna;
- Grupa Katharsis Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
- Karolina Libera-Strogulska, Paulina Pietrzak wspólnicy spółki cywilnej;
- Maciej Frąckowiak;
- Termedia Sp. z o.o.;
- Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia „Śródk – Rataje” Małgorzata Błaszczuk – Witt i Wspólnicy Spółka Jawna;
- Magdalena Hauser – Michalska.

Postępowanie nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 ze zm.),
- Rozporządzenie 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 ze zm.),
- Rozporządzenie 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 (Dz. U. z 2014r., poz. 1980 ze zm.),
- Zarządzenie 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,

- Zarządzenie Nr 30/201/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2018 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy w wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem",
- Zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienione zarządzeniem Nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r.,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 ze zm.),

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 4 lipca 2018 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała pięciu oferentów do uzupełnienia braków formalnych oferty pod rygorem odrzucenia oferty, tj. Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia „Śródka – Rataje” Małgorzata Błaszczuk – Witt i Wspólnicy Spółka Jawna, Odwołującego MONAR, Karolina Libera-Strogulska, Paulina Pietrzak wspólnicy spółki cywilnej, Magdalena Hauser – Michalska oraz Maciej Frąckowiak. Powyższe braki zostały uzupełnione w terminie wskazanym przez komisję konkursową. W trakcie części jawnej komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację u czterech oferentów, tj. Odwołującą WILDA, Magdalena Hauser – Michalska, Centrum Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Zmiana Ewa Mikołajczak, Iwona Ratajczak Spółka Jawna oraz Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia „Śródka – Rataje” Małgorzata Błaszczuk – Witt i Wspólnicy Spółka Jawna. W toku części jawnej nie została wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania żadna oferta. Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w trakcie części jawnej postępowania, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła w całości ofertę złożoną przez Odwołującą WILDA. W dniu 27 sierpnia 2018 roku (w toku części niejawnej postępowania) Odwołująca WILDA złożyła protest na czynność komisji konkursowej odrzucenia oferty, który w dniu 28 sierpnia 2018 roku decyzją komisji konkursowej został oddalony.

Odrzucona przez komisję konkursową oferta nie uczestniczyła w dalszej części procedowania wyboru najkorzystniejszej oferty złożonej przez oferenta, z którym zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem oferty 8 (słownie: ośmiu) oferentów.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - równoważnik co najmniej 1 etatu (16,00 punktów);

- równoważnik co najmniej 1/2 etatu (8,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
 - specjalista psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna – wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu:
 - tak (10,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - osoba prowadząca psychoterapię [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - równoważnik co najmniej 1 etatu (10,00 punktów);
 - równoważnik co najmniej 1/2 etatu (5,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
 - co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Realizacja wybranych świadczeń”:
- udokumentowana realizacja w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi):
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - udokumentowana realizacja w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej):
 - tak (6,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- c) kategorii „Monitorowanie procesu terapii uzależnień”:
- Superwizja terapii uzależnień – w lokalizacji:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Jakość – pozostałe warunki”:
- 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 (brak punktów);
 - zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,50 punktu);
 - nie (brak punktów);

- posiadanie akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - posiadanie rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- e) kategorii „Jakość - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:
- udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie:
 - tak (1,00 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń 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 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:

- tak (1,00 punkt ujemny);
- nie (brak punktów ujemnych);
- stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);

2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych:
 - tak (2,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (2,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- czas pracy poradni w tygodniu [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie (1,00 punkt);
 - powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie (2,00 punkty);
 - powyżej 48 godzin (3,00 punkty);

3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii „Sposób wykonania umowy”:

- oferent realizuje umowę w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- oferent realizuje umowę w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenia uzależnień:
 - tak (2,00 punkty);

–nie (brak punktów);

- oferent realizuje umowę w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego:

–tak (5,00 punkty);

–nie (brak punktów);

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:

–tak (1,00 punkt);

–nie (brak punktów);

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy [jedna odpowiedź do wyboru]:

– proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);

– proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (4,00 punkty);

– żadne z powyższych (brak punktów);

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:

–tak (2,00 punkty);

–nie (brak punktów);

6. Cena – obliczona zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 3,00 punkty):

- 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Wskazać należy również, iż komisja konkursowa mając na celu ujednolicenie prowadzonego postępowania i zagwarantowania równego traktowania wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji podjęła uchwały w szczególności:

1. Uchwała z dnia 25 lipca 2018 r. w sprawie sposobu przeprowadzania weryfikacji ofert pod względem merytorycznym w tym:
 - spełnienia warunków wymaganych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 ze zm.),
 - spełnienia warunków rankingujących określonych rozporządzeniem 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, poz. 1372, ze zm.).
2. Uchwała z dnia 30 lipca 2018 r. w sprawie sposobu weryfikacji odpowiedzi na pytanie zawarte w części VIII Formularza ofertowego (ANKIETY) – Rozdział 2.4 POZOSTAŁE WARUNKI – pytanie: „Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością”. „Zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji”.
3. Uchwała z dnia 10 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany odpowiedzi udzielanych przez Oferentów na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym.

Dnia 31 sierpnia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień na terenie powiatu: Poznań wskazano 6 (słownie: sześciu) oferentów:

- Odwołujący MONAR;
- Centrum Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Zmiana Ewa Mikołajczak, Iwona Ratajczak Spółka Jawna;
- Grupa Katharsis Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
- Karolina Libera-Strogulska, Paulina Pietrzak wspólnicy spółki cywilnej;
- Maciej Frąckowiak;
- Termedia Sp. z o.o.;

Ranking końcowy ofert w postępowaniu nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 kształtował się następująco:

Pozycja oferenta w rank	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punkcja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów w ocenie	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
				jakość	kompleksowość	dotętność	ciągłość	inne	razem		
1	KAROLINA LIBERA-STROGULSKA, PAULINA PIETRZAK	PORADNIA TERAPII UZALEŻNIEŃ I WSPÓLUZALEŻNIENIA 61-653 POZNAŃ-STARE MIASTO ul. ZWYCIĘSTWA 108	1,5	62	0	5	3	0	70	71,5	Tak
2	CENTRUM PSYCHOTERAPII I ROZWOJU OSOBISTEGO ZMIANA EWA MIKOŁAJCZAK, IWONA RATAJCZAK SPÓŁKA JAWNA	PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ I WSPÓLUZALEŻNIENI 60-573 POZNAŃ-JEŻYCE ul. LINDEGO 4-6	1,5	44	0	7	3	0	54	55,5	Tak
3	TERMEDIA SP. Z O.O.	TERMEDICA - UZALEŻNIENIA 60-681 POZNAŃ-STARE MIASTO ul. OS. BOLESŁAWA CHROBREGO 101	1,5	39,5	0	7	3	0	49,5	51	Tak
4	MACIEJ FRĄCKOWIAK	PORADNIA TERAPII UZALEŻNIEŃ 61-846 POZNAŃ-STARE MIASTO ul. STRZELECKA 41/2	1,5	33	0	3	3	0	39	40,5	Tak
5	STOWARZYSZENIE MONAR	PORADNIA MONAR 60-579 POZNAŃ-JEŻYCE ul. MICHAŁA SOBESKIEGO 2	1,5	31	0	5	3	0	39	40,5	Tak
6	GRUPA KATHARSIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ 61-141 POZNAŃ-NOWE MIASTO ul. KÓRNICKA 24	1,5	23	2	3	3	0	31	32,5	Tak
7	MAGDALENA HAUSER-MICHAŁSKA	PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ 61-895 POZNAŃ ul. POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 8 A	1,5	23	0	3	0	0	26	27,5	Nie
8	OŚRODEK TERAPII UZALEŻNIENIA I WSPÓLUZALEŻNIENIA "ŚRÓDKA-RATAJE" MAŁGORZATA BŁASZCZYK - WITT I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA	PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ 61-159 POZNAŃ-NOWE MIASTO ul. OS. PIASTOWSKIE 81	1,5	15	0	6	0	0	21	22,5	Nie

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty Magdaleny Hauser - Michalskiej oraz Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia „Śródka – Rataje” Małgorzata Błaszczyk – Witt i Wspólnicy Spółka Jawna, gdyż liczba punktów, jaką uzyskały ich oferty w toku oceny była mniejsza w stosunku do ofert wybranych w trakcie postępowania. Ponadto wybrane w toku postępowania oferty wyczerpały maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 i wyczerpały wartość zamówienia w sposób uniemożliwiający wybór kolejnej oferty w rankingu. Nadto wskazani oferenci, których oferty nie zostały wybrane w toku rozpatrywanego postępowania konkursowego nie złożyli odwołań, a zatem zgodnie z art. 154 ust. 6a Ustawy nie są stroną prowadzonego postępowania administracyjnego.

W tym miejscu wskazać należy, iż oferta Odwołującego MONAR została wybrana jako oferta podmiotu, z którym zostanie podpisana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień.

Podkreślić należy, że 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 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. Liczba punktów, która kwalifikowała ofertę do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień na terenie powiatu Poznań to 32,5 punktów. I właśnie oferenci, których oferta w toku prowadzonego

postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę punktów 32,5 zostali wskazani jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień.

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, cz. 48. „Przedmiot postępowania: leczenie uzależnień” i Tabeli nr 2 „Opieka psychiatryczna – część wspólna” załącznika nr 4 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 7 „Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień oraz warunki realizacji tych świadczeń” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000448/PSY/ 04/1/04.1740.007.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Odwolujący MONAR.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- na pytanie o lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- nie zadeklarował psychologa klinicznego - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu za co **nie otrzymał punktów**;
- na pytanie o osobę prowadzącą psychoterapię udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, za co otrzymał **3,00 punkty**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- zadeklarował udokumentowaną realizację w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- zadeklarował udokumentowaną realizację w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), za co **otrzymał 6,00 punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- zadeklarował Superwizję terapii uzależnień – w lokalizacji, za co otrzymał **5,00 punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- zadeklarował prowadzenie 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 wyłącznie za pomocą wydruku, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

–nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;

– nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;

–nie zadeklarował posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, za co **nie otrzymał punktów**;

–nie zadeklarował posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, za co **nie otrzymał punktów**;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenie uzależnień, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co **otrzymałby 4,00 punkty**, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej **dokonano zmiany odpowiedzi na „nieprzerwanie od 5 lat” co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów**;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. W zakresie kryterium ceny Odwołujący MONAR zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł., za co otrzymał 1,50 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

W zakresie warunków wymaganych Odwołujący MONAR 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: Centrum Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Zmiana Ewa Mikołajczak, Iwona Ratajczak Spółka Jawna, ul. Samuela Lindego 4-6, 60-573 Poznań-Jeżyce.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii– równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **16,00 punktów**;
- zadeklarował specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- nie zadeklarował psychologa klinicznego – wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu za co **nie otrzymał punktów**;
- na pytanie o osobę prowadzącą psychoterapię udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, za co otrzymał **3,00 punkty**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- zadeklarował udokumentowaną realizację w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), za co otrzymał **2,00 punkty**;
- zadeklarował udokumentowaną realizację w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), za co otrzymał **6,00 punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- zadeklarował Supervizję terapii uzależnień – w lokalizacji, za co otrzymał **5,00 punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował 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 wyłącznie za pomocą wydruku, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, za co **nie otrzymał punktów**;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował oferent że realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenia uzależnień, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co **otrzymał 2,00 punkty**;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent Centrum Psychoterapii i Rozwoju Osobistego „Zmiana” Ewa Mikołajczak, Iwona Ratajczak Spółka Jawna z siedzibą w Poznaniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł., za co otrzymał 1,50 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem 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: Grupa Katharsis Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Kórnicka 24, 61-141 Poznań-Nowe Miasto.

I. W zakresie kryterium jakości:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii – równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **8,00 punktów**;
- zadeklarował specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- nie zadeklarował psychologa klinicznego – wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu za co **nie otrzymał punktów**;
- na pytanie o osobę prowadzącą psychoterapię udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, za co otrzymał **3,00 punkty**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), za co **nie otrzymał punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- nie zadeklarował Superwizji terapii uzależnień – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował 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, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, za co **nie otrzymał punktów**;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin, za co otrzymał **3,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

2) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował oferent realizację umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenie uzależnień, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co **otrzymał 2,00 punkty**;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent Grupa Karharsis Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł., za co otrzymał 1,50 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem 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: Karolina Libera-Strogulska, Paulina Pietrzak os. Zwycięstwa 108, 61-653 Poznań.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **16,00 punktów**;

- zadeklarował specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
 - zadeklarował psychologa klinicznego - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu za co **otrzymał 10,00 punktów**;
 - zadeklarował osobę prowadzącą psychoterapię - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **10,00 punktów**;
 - zadeklarował co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- 2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:
- zadeklarował udokumentowaną realizację w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), za co **otrzymał 2,00 punkty**;
 - nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), za co **nie otrzymał punktów**; przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej **dokonano zmiany odpowiedzi na TAK co skutkowało przyznaniem 6,00 punktów**;
- 3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:
- nie zadeklarował Superwizji terapii uzależnień – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- 4) kategoria 4. Pozostałe warunki:
- zadeklarował prowadzenie 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 wyłącznie za pomocą wydruku, za co **otrzymał 3,00 punkty**;
 - nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, za co **nie otrzymał punktów**;
- 5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

3) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenie uzależnień, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co **otrzymałby 4,00 punkty**, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej **dokonano zmiany odpowiedzi na „nieprzerwanie od 5 lat” co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów**;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent Karolina Libera-Strogulska, Paulina Pietrzak z siedzibą w Poznaniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł., za co otrzymał 1,50 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem 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: Maciej Frąckowiak, Stary Sielec 2, 63-930 Jutrosin.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co **otrzymał 8,00 punktów**;
- zadeklarował specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co **otrzymał 12,00 punktów**;
- zadeklarował psychologa klinicznego - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu za co **otrzymał 10,00 punktów**;
- na pytanie o osobę prowadzącą psychoterapię udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), za co **otrzymał nie otrzymał punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- nie zadeklarował Superwizji terapii uzależnień – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował 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 wyłącznie za pomocą wydruku, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, za co **nie otrzymał punktów**;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia

oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

4) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenie uzależnień, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co **otrzymał 2,00 punkty**;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent **Maciej Frąckowiak** z siedzibą w Starych Sielcach zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł., za co otrzymał **1,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem 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: Termedia Sp. z o. o. ul. Kleeberga 8, 61-615 Poznań-Stare Miasto.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **16,00 punktów**;
- zadeklarował specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- nie zadeklarował psychologa klinicznego - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu za co **nie otrzymał punktów**;
- na pytanie o osobę prowadzącą psychoterapię udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, za co otrzymał **3,00 punkty**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), za co otrzymał **nie otrzymał punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- zadeklarował Superwizję terapii uzależnień – w lokalizacji, za co otrzymał **5,00 punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- zadeklarował prowadzenie 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 wyłącznie za pomocą wydruku, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,50 punktu**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, za co **nie otrzymał punktów**;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co otrzymał **1,00 punkt ujemny**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- zadeklarował przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **otrzymałby 2,00 punkty ujemne** przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej **dokonano zmiany odpowiedzi na NIE co skutkowało nie przyznaniem punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenia uzależnień, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co **otrzymał 2,00 punkty**;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent **Termedia Sp. z o. o. z siedzibą w Poznaniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł., za co otrzymał **1,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem 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: Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia „Śródka-Rataje” Małgorzata Błaszczuk-Witt i Wspólnicy, Spółka Jawna, os. Piastowskie 81, 61-159 Poznań-Nowe Miasto.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- na pytanie o lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co **otrzymał 12,00 punktów**;
- nie zadeklarował psychologa klinicznego - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu za co **nie otrzymał punktów**;
- na pytanie o osobę prowadzącą psychoterapię udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), za co **nie otrzymał punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- nie zadeklarował Superwizji terapii uzależnień – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował 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 wyłącznie za pomocą wydruku, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, za co **nie otrzymał punktów**;
- 5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe)

w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **otrzymał 2,00 punkty**;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie , za co **otrzymał 2,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

a) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenie uzależnień, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **nie otrzymał punktów**;
- na pytanie czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie , udzielił odpowiedzi „Żaden z powyższych” za co **nie otrzymał punktów**;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent **Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia „Śródka-Rataje” Małgorzata Błaszczyk-Witt i Wspólnicy Spółka Jawna, z siedzibą w Poznań-Nowe Miasto, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł. za co otrzymał **1,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem 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: Magdalena Hauser-Michalska, Plac Paderewskiego 4, 64-000 Kościan.

I. W zakresie kryterium jakości:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **8,00 punktów**;
- zadeklarował specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
- nie zadeklarował psychologa klinicznego - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu za co **nie otrzymał punktów**;
- na pytanie o osobę prowadzącą psychoterapię udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, za co otrzymał **3,00 punkty**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), za co **nie otrzymał punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- nie zadeklarował Superwizji terapii uzależnień – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował 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 wyłącznie za pomocą wydruku, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, za co **nie otrzymał punktów**;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- nie zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin, za co **otrzymał 3,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

b) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenie uzależnień, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował oferent realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego, za co **nie otrzymał punktów**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- nie zadeklarował że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **nie otrzymał punktów**;
- na pytanie czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie , udzielił odpowiedzi „Żaden z powyższych” za co **nie otrzymał punktów**;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent **Magdalena Hauser-Michalska**, z siedzibą w Kościanie, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł. za co otrzymał **1,50 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem 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.

Odwołująca WILDA z uwagi na odrzucenie oferty w części jawnej postępowania konkursowego nie została poddana ocenie merytorycznej. Poniżej zostały przedstawione odpowiedzi udzielone przez **Odwołującą WILDA** na pytania ankietowe bez określenia ilości punktów.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- na pytanie o lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”;
- zadeklarowała specjalistę psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu;
- nie zadeklarowała psychologa klinicznego - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu;
- zadeklarowała osobę prowadzącą psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu;
- zadeklarowała co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiadających certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- zadeklarowała udokumentowaną realizację w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi);
- zadeklarowała udokumentowaną realizację w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie, terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej);

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- zadeklarowała Superwizję terapii uzależnień – w lokalizacji;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- zadeklarowała prowadzenie 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 wyłącznie za pomocą wydruku;

- nie zadeklarowała zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością;
- nie zadeklarowała zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji;
- nie zadeklarowała posiadania akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- nie zadeklarowała posiadania rekomendacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 27 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarowała udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie;
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarowała obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
- nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową;
- nie zadeklarowała przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli;
- nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- nie zadeklarowała stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach;
- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty;
- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarowała na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych;

- nie zadeklarowała odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu;
- zadeklarowała czas pracy poradni w tygodniu powyżej 48 godzin;

III. W zakresie kryterium kompleksowość:

2) kategoria 1. Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarowała realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne;
- nie zadeklarowała realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenie uzależnień;
- nie zadeklarowała realizacji umowy w ramach przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego;

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- nie zadeklarowała że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie;
- na pytanie czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzieliła odpowiedzi „Żaden z powyższych”;

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- nie zadeklarowała współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania;

VI. W zakresie kryterium ceny **Odwołująca WILDA zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 7,90 zł.**

W zakresie warunków wymaganych **Odwołująca WILDA** zadeklarowała, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniała 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.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania **Odwołującej WILDA** dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień wyjaśnić należy, co następuje.

Podnoszony przez **Odwołującą WILDA** zarzut naruszenia art. 30 ust. 1 UoPP w zw. z § 81 ust. 1 RozpDokMed poprzez dokonanie przez komisję konkursową błędnej interpretacji przepisów w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, co doprowadziło do niewłaściwego zinterpretowania treści złożonych przez **Odwołującą WILDA** wyjaśnień w przedmiocie prowadzenia dokumentacji medycznej, a w konsekwencji uznania przez komisję konkursową, że oferta **Odwołującej WILDA** zawiera nieprawdziwe informacje i odrzucenie jej oferty uznać należy za niezasadny.

Wymagania dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej, o której mowa w pytaniu ankietowym nr 2.5.2 VIII części formularza ofertowego określone zostały w przepisach rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W zakresie diagnostyki obrazowej, mając jednocześnie na uwadze treść § 81 ust. 1 przywołanego rozporządzenia, zgodnie z którym w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji, wskazania wymaga, iż standardem wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową jest standard Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM). Skoro zaś standardem udostępniania, przechowywania i interpretowania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, to również i odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonywane z zachowaniem formatu DICOM. Nie bez powodu normodawca zdecydował się na wykorzystywanie w diagnostyce obrazowej standardu DICOM, gdyż tylko ten standard gwarantuje, uwzględniając bardzo dużą objętość plików oraz konieczność stosowania łącz o wysokiej przepustowości, niezwykle wysoką jakość obrazu oraz możliwość zastosowania w teleradiologii. Zaznaczyć należy, iż świadczeniodawca deklarujący w prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej spełnienie warunków dodatkowo ocenianych dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, a wynikających z przepisów 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, tj. warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku winien spełniać wszystkie warunki określone w przepisach obowiązującego prawa dla dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Oczywiście jest również, że świadczeniodawca, który chce korzystać z dobrodziejstw wynikających z deklarowania spełniania określonych kryteriów wyboru oferty, zobowiązany jest do ich spełnienia, nawet jeśli aktualne otoczenie funkcjonalne nie będzie pozwalało na ich praktyczne wykorzystanie.

Zatem jednym z warunków koniecznych możliwości zadeklarowania przez oferenta warunku rankingującego prowadzenia historii 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, jest możliwość wykonania odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna (w tym zdjęć radiologicznych) z zachowaniem standardu DICOM.

Wobec powyższego za słuszne należy uznać stanowisko komisji konkursowej prowadzącej postępowanie konkursowe nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, iż oferent deklarując prowadzenie historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej winien wskazać komisji konkursowej na obowiązujący w podmiocie leczniczym sposób identyfikacji osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i sposobu dokumentowania dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych; sposób odwzorowywania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej właśnie postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, oraz sposób umieszczania odwzorowanej dokumentacji w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej. Ponadto, winien zapewnić wykonanie odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych z zachowaniem formatu DICOM; przekazać informacje na temat metod i środków stosowanej ochrony dokumentacji medycznej oraz dokonywanych analiz zagrożeń; wskazać procedury zabezpieczania dokumentacji i

systemów ich przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej; przekazać informacje na temat okresowych ocen skuteczności działania organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia dokumentacji; informacje na temat planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji, jak również przekazać informacje na temat sposobu składania oraz weryfikowania przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego podpisów osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

Analizując akta prowadzonego postępowania administracyjnego wszczętego wskutek wniesionego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 wskazać należy, iż Odwołująca WILDA deklarując spełnienie warunku określonego w pytaniu ankietowym nr 2.5.2. *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* nie przedstawiła w toku postępowania konkursowego dowodu, z którego wynikałoby spełnienie warunku określonego w § 81 ust. 1 RozpDokMed. Fakt posiadania umowy z firmą MediPorta sp. z o.o. i wdrożenia platformy Mediporta – systemu informatycznego wspomagającego pracę podmiotów wykonujących działalność leczniczą, która zgodnie z deklaracją producenta wskazanego systemu zawiera funkcjonalność umożliwiającą prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z uwzględnieniem wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, nie potwierdza jeszcze spełnienia przez Odwołującą WILDA omawianego wymogu. Treść przedstawionej umowy nr 2016/02/WP/945 zawartej z MediPorta sp. z o. o. nie wskazuje, aby Odwołująca WILDA powierzyła wykonywanie zakresu czynności określonych w art. 81 ust. 1 RozpDokMed firmie MediPorta. Zatem stwierdzić należało, iż na gruncie postanowień umowy nr 2016/02/WP/945 osobą upoważnioną przez podmiot, o której mowa w § 81 ust. 1 RozpDokMed nie jest firma MediPorta sp. z o.o. Kwestia odrzucenia oferty Odwołującej WILDA w związku z niespełnieniem warunku określonego w pytaniu ankietowym nr 2.5.2. zostanie szerzej przedstawiona przy omówieniu kolejnego zarzutu związanego z naruszeniem art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy poprzez bezpodstawne odrzucenie złożonej przez Odwołującą WILDA oferty, pomimo spełnienia wymaganych prawem warunków, w tym w zakresie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, wskutek uznania, że Odwołująca WILDA zawarła nieprawdziwe informacje w ofercie, również należy uznać za niezasadny.

Przypomnieć należy, iż oferta Odwołującej WILDA została decyzją komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 odrzucona w części jawnej postępowania na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, tj. zawarcie w ofercie nieprawdziwej informacji.

Odwołująca WILDA w ofercie złożonej do postępowania nr 15-18-000448/PSY/04/1/ 04.1740.007.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenie uzależnień zadeklarowała prowadzenie 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 wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.

Wskazać należy, iż Odwołująca WILDA na wezwanie komisji konkursowej z dnia 8 sierpnia 2018 r. w części V dotyczącej wezwania do przedłożenia dokumentów potwierdzających prawidłowość udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego (Ankiety) rozdział 2 (Jakość) – rozdział 2.5 Pozostałe warunki – 2.5.2. udzieliła odpowiedzi, której pełna treść

brzmi: „Ad 5. Elektroniczna dokumentacja medyczna jest w trakcie wdrażania przez firmę MediPorta”. Tak udzielona odpowiedź nie mogła wzbudzić żadnych wątpliwości komisji konkursowej co do braku spełnienia przez Odwołującą WILDA omawianego warunku. Dopiero składając w dniu 27 sierpnia 2018 r. protest na czynność komisji konkursowej odrzucenia oferty, Odwołująca WILDA przedstawiła umowę nr 2016/02/WP/945 z MediPorta sp. z o.o. producentem systemu – platforma MediPorta na potwierdzenie wdrożenia tego systemu. Jednak fakt posiadania umowy z firmą MediPorta sp. z o.o. i wdrożenia platformy Mediporta – systemu informatycznego wspomagającego pracę podmiotów wykonujących działalność leczniczą, która zgodnie z deklaracją producenta wskazanego systemu zawiera funkcjonalność umożliwiającą prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z uwzględnieniem wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, nie potwierdza jeszcze spełnienia przez Odwołującą WILDA wymogu określonego w § 81 RozpDokMed. Spełnienie tego warunku wymaga bowiem od oferenta posiadania odpowiedniego sprzętu (skanera) bądź przedstawienia umowy z podmiotem zewnętrznym, której przedmiotem jest odwzorowywanie cyfrowe dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacji w postaci papierowej w systemie informatycznym zapewniającym czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej w formacie DICOM. Wskazać należy, iż Odwołująca WILDA w pierwotnie złożonej ofercie, w wyjaśnieniach złożonych na wezwanie komisji konkursowej z dnia 8 sierpnia 2018 r., ani też składając protest na czynność odrzucenia oferty przez komisję konkursową nie przedstawiła żadnego dokumentu potwierdzającego możliwość spełnienia omawianego warunku. W tym miejscu wskazać należy, iż analiza treści umowy nr 2016/02/WP/945 zawartej z MediPorta Sp. z o. o. nie wskazuje, aby Odwołująca WILDA powierzyła wykonywanie zakresu czynności określonych w art. 81 ust. 1 RozpDokMed firmie MediPorta Sp. z o.o.. Zatem stwierdzić należy, iż na gruncie postanowień umowy nr 2016/02/WP/945 osobą upoważnioną przez podmiot, o której mowa w § 81 ust. 1 RozpDokMed nie jest firma MediPorta sp. z o.o. Skoro Odwołująca WILDA nie powierzyła wykonywania czynności, o których mowa w § 81 ust. 1 RozpDokMed dostawcy oprogramowania firmie MediPorta sp. z o.o. (co potwierdza treść zawartej umowy), nie powierzyła tej czynności innemu podmiotowi zewnętrznemu, bowiem nie przedstawiła żadnej umowy w tym zakresie, jak również nie wykonuje samodzielnie (czego nie wykazała) za prawidłowe ocenić należy ustalenia komisji konkursowej, iż Odwołująca WILDA nie realizuje określonego tym przepisem wymogu tj. w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji w standardzie DICOM. W świetle powyższego Odwołująca WILDA nie była uprawniona do udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.5.2. *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, bowiem nie spełnia warunku określonego w § 81 ust. 1 RozpDokMed.*

Zgodzić się należy ze stwierdzeniem Odwołującej WILDA, iż nie każda nieprawdziwa informacja stanowi podstawę do odrzucenia oferty pomimo braku takiego zastrzeżenia w treści przepisu art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Jak wskazano w cytowanym przez Odwołującą WILDA uzasadnieniu wyroku sygn. III SA/Po 681/17 (...), *iz przez owe podanie nieprawdziwych informacji uznane winno być takie działanie świadczeniodawcy, który aby uzyskać pozytywne dla siebie rozstrzygnięcie podaje informacje, które nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości. Należy przyjąć, iż "nieprawdziwość" musi dotyczyć okoliczności, które wpływają w jakikolwiek sposób na wynik postępowania, w tym takich, które mogą świadczyć o nieprawidłowym w przyszłości wykonaniu umowy (wyrok NSA z 1 O kwietnia 2014 r., sygn. akt II GSK 476/13).*”, stwierdzić należy, że nieprawdziwymi informacjami mającymi wpływ na wynik prowadzonego postępowania są to takie informacje, od których zależy przyznanie punktów.

W świetle powyższego nie można zgodzić się ze stanowiskiem Odwołującej WILDA, iż za informacje nieprawdziwe nie można uznać udzielonej przez Odwołującą WILDA odpowiedzi twierdzącej na pytanie ankietowe 2.5.2. *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.* Po pierwsze udzielona przez Odwołującą WILDA odpowiedź na powyższe pytanie nie odzwierciedla stanu faktycznego ponieważ Odwołująca WILDA nie zapewnia deklarowanego warunku w zakresie określonym w art. 81 ust. 1 RozpDokMed, tj. w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Powyższe zostało ustalone przez komisję konkursową na podstawie wszelkich dostępnych w toku prowadzonego postępowania konkursowego sposobów, tj. na podstawie analizy złożonej przez Odwołującą WILDA oferty, wyjaśnień złożonych na wezwanie do złożenia wyjaśnień i / lub przedłożenia dokumentów z dnia 8 sierpnia 2018 r., a także analizy dokumentów dołączonych do protestu na czynność komisji konkursowej odrzucenia oferty (umowy nr 2016/02/WP/945, oświadczenie MediPorta Sp. z o.o.).

Po drugie z udzieleniem twierdzącej odpowiedzi na wyżej wskazane pytanie ankietowe wiązałoby się przyznanie dodatkowych 3 punktów w dokonywanej ocenie punktowej oferty zgodnie z tabelą nr 2 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – część wspólna załącznika nr 4 Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień do 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. Zatem udzielenie nieprawdziwej odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.5.2. przez Odwołującą WILDA miałooby wpływ na ocenę oferty złożonej w postępowaniu nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, a co za tym idzie na wynik postępowania.

Odnosząc się do stwierdzenia Odwołującej WILDA, iż uznanie przez komisję konkursową, że Odwołująca WILDA udzieliła nieprawdziwych informacji nie rzutuje jeszcze na odrzucenie oferty, a co najwyżej skutkować powinno przyjęciem mniejszej liczby punktów ofertowych wyjaśnić należy co następuje.

Odwołująca WILDA w złożonej ofercie udzielając odpowiedzi twierdzącej na pytanie ankietowe w VIII części formularza ofertowego zadeklarowała w sposób nie budzący wątpliwości prowadzenie 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 wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku. Oferta nie zawierała w tym zakresie żadnych innych informacji, a także komisja konkursowa nie posiadała w swoich zasobach statystycznych danych, które wskazywałyby na rozbieżność udzielonej odpowiedzi. W tym miejscu przywołać należy wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 5 lutego 2017 roku IV Sa/Po 1046/14, w którym wskazano, iż w przypadku, gdy formularz ofertowy zawiera różne, wzajemnie wykluczające się informacje, komisja konkursowa winna wzywać oferenta do złożenia wyjaśnień, a następnie albo korygować treść odpowiedzi na pytanie ankietowe i nie przyznawać punktów rankingujących), albo też po dokonaniu weryfikacji miejsca udzielania świadczeń pozostawić odpowiedź w niezmienionej treści (gdy oferent wykaże spełnienie warunku dodatkowo ocenianego). Takich rozbieżności jak już wskazano oferta Odwołującej WILDA nie zawierała, a dopiero treść udzielonych przez Odwołującą WILDA wyjaśnień z dnia 14 sierpnia 2018 roku nie potwierdziły prawdziwości udzielonej odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.5.2. Prawdziwości udzielonej odpowiedzi nie potwierdziły również dokumenty dołączone przez Odwołującą WILDA do protestu. Zatem działanie komisji

konkursowej w zakresie odrzucenia oferty Odwołującej należy uznać za zgodne z zasadami prowadzenia postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołująca WILDA w uzasadnieniu postawionego zarzutu podaje, iż nie miała na celu wprowadzenie komisji konkursowej w błąd gdyż była przekonana, że posiada funkcjonalność umożliwiającą prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej zgodnie z ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz że nie miała powodu sądzić odmiennie wobec zapewnień składanych przez firmę MediPorta Sp. z o.o.

Takiemu stanowisku przeczy chociażby treść udzielonych wyjaśnień przez Odwołującą WILDA w dniu 14 sierpnia 2018 roku „Elektroniczna dokumentacja medyczna jest w trakcie wdrażania przez firmę MediPorta Sp. z o.o.

Całkowicie niezrozumiały jest zarzut niekonsekwencji komisji konkursowej w zakresie formułowania zarzutu podania nieprawdziwych informacji, która w ocenie Odwołującej WILDA przeczy oczywistości podania nieprawdziwych informacji poprzez użyte sformułowanie „Oferent będący profesjonalistą (przedsiębiorcą), jakim jest (a w każdym razie powinien) świadczeniodawca składając [...] swój podpis [...] zaakceptował treść ww. pytań i tym samym potwierdził fakt prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 UoPP, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.” W ocenie Odwołującej WILDA komisja konkursowa z jednej strony wskazuje na zawarcie w ofercie nieprawdziwych danych, po czym uznaje, te informacje za wiarygodne. Wskazać należy, iż przytoczony wyżej cytat pochodzi z ostatniego akapitu powiadomienia oferenta o rozstrzygnięciu protestu z dnia 28 sierpnia 2018 roku i należy go rozpatrywać w kontekście całości wyrażonego przez komisję konkursową stanowiska. Przytoczona wypowiedź w żaden sposób nie potwierdza przyjęcia przez komisję konkursową złożonych przez Odwołującą WILDA wyjaśnień w zakresie pytania ankietowego nr 2.5.2.. Wprost przeciwnie odnosi się bezpośrednio do Odwołującej WILDA, która będąc profesjonalnym podmiotem działającym na rynku usług medycznych, składając swój podpis pod oświadczeniem określonej treści, a w rozpatrywanych okolicznościach oświadczając, iż 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 potwierdza prawdziwość udzielonej odpowiedzi i bierze na siebie pełną odpowiedzialność za niezgodność tego oświadczenia ze stanem faktycznym, który został stwierdzony przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania konkursowego.

W dalszej części uzasadnienia omawianego zarzutu Odwołująca WILDA podaje, iż wskazanie przez komisję konkursową, że dane zawarte w ofercie są nieprawdziwe nastąpiło po kilku wezwaniach oferenta do złożenia wyjaśnień, a dotyczących zupełnie innych kwestii, aniżeli będących podstawą niniejszego odwołania oraz, że takie działanie komisji należy uznać za sprzeczne z zasadami współzycia społecznego i pozbawione obiektywizmu w zakresie podejmowanych rozstrzygnięć.

Z tak zaprezentowanym przez Odwołującą WILDA stanowiskiem nie sposób się zgodzić.

Przede wszystkim wyjaśnić należy, iż Odwołująca WILDA była wzywana do złożenia wyjaśnień i / lub przedłożenia dokumentów tylko raz, tj. pismem z dnia 8 sierpnia 2018 roku. Wezwanie to obejmowało wszystkie budzące wątpliwości komisji konkursowej kwestie związane z weryfikacją złożonej przez Odwołującą WILDA oferty, a mianowicie:

1. Złożenia pisemnych wyjaśnień w związku ze stwierdzeniem przez komisję konkursową rozbieżności pomiędzy treścią odpowiedzi ankietowej udzielonej przez Oferenta w części VIII Formularza Ofertowego (Ankiety) rozdział 2 (Jakość) – rozdział 2.4 Monitorowanie procesu terapii uzależnień – 2.4.1 PSY_48 *Superwizja terapii uzależnień – w lokalizacji* - odpowiedź Oferenta – „TAK” a danymi z formularza

ofertowego.

2. Złożenia pisemnych wyjaśnień w związku ze stwierdzeniem przez komisję konkursową rozbieżności pomiędzy treścią odpowiedzi ankiетowej udzielonej przez Oferenta w części VIII Formularza Ofertowego (Ankiety) rozdział 2 (Jakość) – rozdział 2.1 Personel – na pytanie 2.1.3 *Osoba prowadząca psychoterapię* - odpowiedź Oferenta: „równoważnik co najmniej 1 etatu” a danymi z formularza oferty.
3. Złożenia pisemnych wyjaśnień w związku ze stwierdzeniem przez komisję konkursową braku udokumentowania realizacji epizodycznych spotkań z pacjentem i jego bliskimi.
4. Złożenia pisemnych wyjaśnień w związku ze stwierdzeniem przez komisję konkursową rozbieżności pomiędzy treścią odpowiedzi ankiетowej udzielonej przez Oferenta w części VIII Formularza Ofertowego (Ankiety) rozdział 2 (Jakość) – rozdział 2.3 Realizacja wybranych świadczeń - na pytanie 2.3.2 PSY_48 *Udokumentowana realizacja w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej)* odpowiedzi „TAK” a przekazywanymi wcześniej przez Oferenta do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia danymi wskazującymi na realizację tych świadczeń.
5. Przedłożenia dokumentów potwierdzających prawidłowość udzielenia odpowiedzi „TAK” na pytanie ankiетowe zawarte w części VIII Formularza Ofertowego (Ankiety) rozdział 2 (Jakość) – rozdział 2.5 Pozostałe warunki - 2.5.2 PSY_W *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.*
6. Dostarczenia dokumentów kwalifikacyjnych wykazanej w formularzu ofertowym w części IV Formularza Ofertowego – wykaz personelu specjalista terapii uzależnień – w trakcie specjalizacji Merle Agnieszka.
7. Złożenia wyjaśnień w przedmiocie niezgodności pomiędzy harmonogramem czasu pracy miejsca udzielania świadczeń, a szczegółowym harmonogramem osób wykazanych w formularzu ofertowym.

Co istotne, uprawnienie komisji konkursowej do wzywania oferentów do złożenia wyjaśnień wynika wprost z treści § 17 ust. 1 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, która wskazuje, iż „W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od oferenta złożenia wyjaśnień dotyczących oferty”. Nadto komisja konkursowa dokonuje w toku prowadzonego postępowania konkursowego porównania i oceny złożonych ofert, a wyrazem jej obiektywizmu winno być właśnie dążenie do wyjaśnienia wszystkich wątpliwości mających wpływ na wynik sprawy. Co więcej, w kontekście orzecznictwa sądów administracyjnych wyjaśnienie, czy oferent spełnia deklarowane warunki czy też nie staje się obowiązkiem komisji konkursowej. Na co również wskazuje w swoim odwołaniu Odwołująca WILDA. Zatem trudno zgodzić się z zarzutem braku obiektywizmu i naruszenia zasad współżycia społecznych przez komisję konkursową zbudowanym na bazie faktu wezwania Odwołującej WILDA do złożenia wyjaśnień, jak już wskazano jednego, a dotyczącego wielu kwestii dotyczących złożonej oferty.

Odnosząc się do uwagi Odwołującej WILDA a dotyczącej niezasadności zrównania wymagań stawianych oferentowi z dziedziny psychiatrii analogicznie przysługujących radiologowi wyjaśnić należy, iż kompetencja do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień jak również kryteria oceny ofert formułujące warunki dodatkowo oceniane, ustawodawca przyznał Ministrowi Zdrowia. Na mocy delegacji ustawowej zawartej w art. 31 b Ustawy Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia

uzależnień oraz na mocy delegacji ustawowej zawartej w art. 148 ust. 3 Ustawy Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia określił szczegółowe kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem ich zakres pozostaje poza kompetencjami komisji konkursowych prowadzących postępowania konkursowe w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu dotyczącego naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy tj. zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, którego naruszenia komisja konkursowa miała dopuścić się poprzez uznanie, że brak spełnienia wymogu w zakresie prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej kwalifikuje ofertę do odrzucenia podczas, gdy zdaniem Odwołującej WILDA należało rozważyć przyjęcie mniejszej ilości punktów jak w odniesieniu do pozostałych oferentów nieokreślających prowadzenia dokumentacji w tej formie, wskazać należy co następuje.

Wyjaśnić należy, iż warunek określony w omawianym pytaniu ankietowym 2.5.2. VIII części formularza ofertowego nie jest warunkiem koniecznym do spełnienia dla zawarcia umowy w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień. Brak deklaracji jego spełnienia skutkuje nieprzyznaniem dodatkowych punktów rankingujących w ocenie ofert. Oczwistym jest zatem, iż oferenci, którzy nie zadeklarowali prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, o której mowa w pytaniu ankietowym 2.5.2 nie otrzymali punktów rankingujących w dokonywanej przez komisję konkursową ocenie oferty.

Kwestia braku podstaw do dokonywania przez komisję konkursową zmiany odpowiedzi udzielonej na pytanie ankietowe nr 2.5.2. przez Odwołującą WILDA została wyjaśniona przy omawianiu zarzutu naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Nadto szczegółowy wykaz udzielonych odpowiedzi przez oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000448/PSY/04/1/04. 1740.007.02/01 na pytania ankietowe został przedstawiony we wcześniejszej części decyzji.

Dokonując analizy ofert złożonych w kwestionowanym postępowaniu konkursowym stwierdzić należy, iż pięciu spośród dziewięciu oferentów, którzy złożyli oferty, na pytanie ankietowe nr 2.5.2 *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*, udzieliło odpowiedzi NIE, za co nie zostały przyznane im żadne dodatkowe punkty rankingujące.

Spośród czterech oferentów którzy zadeklarowali prowadzenie *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 wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku*, trzech oferentów, w tym Odwołująca WILDA zostało wezwanych przez komisję konkursową do złożenia wyjaśnień co do prawidłowości udzielonej odpowiedzi. Przy czym wskazać należy, iż zakres żądanych przez komisję konkursową wyjaśnień był identyczny względem wszystkich wzywanych oferentów. Dwóch oferentów, których komisja konkursowa wezwała do złożenia stosownych wyjaśnień przedstawiła dokumenty potwierdzające spełnienie deklarowanego w pytaniu ankietowym nr 2.5.2 warunku 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 wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku*. Przy czym odnośnie warunku określonego w art. 81 ust. 1 RozpDokMed, tj. w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w

systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji, dla których standardem wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową jest standard Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM), przedstawili umowy o współpracy z podmiotami zewnętrznymi, których przedmiot obejmował odwzorowanie cyfrowe dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja w postaci papierowej w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej w formacie DICOM. Jeden z oferentów, którzy zadeklarowali spełnienie omawianego warunku, a którego komisja konkursowa nie wezwała do złożenia wyjaśnień w tym zakresie dołączył stosowne dokumenty potwierdzające prawidłowość udzielonej odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.5.2 do pierwotnie złożonej oferty, w tym również w zakresie warunku wynikającego z art. 81 ust. 1 RozpDokMed przedstawił umowę o współpracy z podmiotem zewnętrznym. W świetle powyższego komisja konkursowa uznała prawidłowość udzielonych odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.5.2. wobec trzech spośród czterech oferentów deklarujących spełnienie tego wymogu. Jedynie Odwołująca WILDA na wezwanie komisji konkursowej do przedłożenia dokumentów i udzielenia wyjaśnień dotyczących 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 wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruk* nie przedstawiła stosownych dokumentów. Na marginesie dodać należy, iż spełnienia powyższego warunku nie potwierdziły również dokumenty dołączone przez Odwołującą WILDA do złożonego protestu.

W świetle powyższego stwierdzić należy, iż w odniesieniu do omawianego warunku zdefiniowanego w pytaniu ofertowym nr 2.5.2. wszyscy oferenci zostali potraktowani w ten sam sposób, a ich deklaracja spełnienia warunku została w ten sam sposób zweryfikowana, co oznacza, iż nie doszło do naruszenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01.

Nadto w uzasadnieniu postawionego zarzutu Odwołująca WILDA zarzuca, iż zadeklarowanie przez Odwołującą WILDA prowadzenia kartoteki w formie elektronicznej pozbawiło ją możliwości dalszego udziału w postępowaniu, jej oferta nie była poddana dalszej ocenie merytorycznej, podczas gdy, zadeklarowanie przez innych oferentów prowadzenia tej samej dokumentacji w formie papierowej nie skutkowało odrzuceniem oferty, a jedynie przyznaniem mniejszej ilości punktów z tytułu niespełnienia warunków konkursowych. Na tak postawiony zarzut ponownie wyjaśnić należy, iż pytania ankietowe zawarte w VIII części formularza ofertowego są odwzorowaniem szczegółowych kryteriów wyboru ofert określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a ich spełnienie wiąże się z przyznaniem dodatkowych punktów rankingujących w ocenie punktowej oferty. Zatem prowadzenie 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, nie jest wymogiem koniecznym dla ubiegania się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, bowiem te zostały zdefiniowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 ze zm.). Konsekwencją niezadeklarowania 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 wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, co ma odzwierciedlenie w udzieleniu odpowiedzi „NIE” na pytanie ankietowe 2.5.2 nie jest odrzucenie oferty lecz nieprzyznanie dodatkowych 3 punktów. Powody odrzucenia oferty zostały zdefiniowane w art. 149 ust 1 Ustawy i stanowią zamknięty katalog sytuacji, w których prowadzący

postępowanie konkursowe w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest zobligowany do odrzucenia oferty. Komisja konkursowa identyfikując w toku prowadzonego postępowania konkursowego przesłankę odrzucenia oferty określoną w art. 149 ust 1 pkt 1 – 8 Ustawy nie ma pozostawionej swobody co do dalszego postępowania, a jedyną konsekwencją ustalenia takiego stanu rzeczy pozostaje odrzucenie oferty. Na marginesie wskazać należy, iż oferenci biorący udział w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, którzy zgodnie ze stanem faktycznym nie zadeklarowali spełnienia warunku określonego w pytaniu ankietowym nr 2.5.2. nie otrzymali żadnych punktów w ocenie punktowej oferty. Oferta Odwołującej WILDA z uwagi na nieprawdziwą informację w ofercie podlegała odrzuceniu już w części jawnej postępowania konkursowego, a zatem nie mogła zostać zakwalifikowana do dalszego procedowania i oceny merytorycznej. W tym zakresie należy ocenić działanie komisji konkursowej prowadzącej postępowanie w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień pod nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 jako zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Reasumując należy stwierdzić, że postępowanie komisji konkursowej w powyżej opisanym zakresie, nie naruszyło zasady postępowania określonej w art. 134 ust. 1 Ustawy, a zatem nie doprowadziło do uszczerbku interesu prawnego Odwołującej WILDA.

Nie można zgodzić się także z kolejnym zarzutem Odwołującej WILDA, w którym zarzuca komisji konkursowej naruszenie przepisów postępowania określonych w art. 6 w zw. z art. 7 w zw. Z art. 77 § 1 w zw. Z art. 80 k.p.a., a w konsekwencji naruszenia art. 8 k.p.a. poprzez niedostateczne wyjaśnienie stanu faktycznego sprawy i nieustalenie czy Odwołująca WILDA spełnia warunek rankingujący „prowadzenia” elektronicznej dokumentacji medycznej.

W uzasadnieniu wskazać należy, iż Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentowany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu jako podmiot prowadzący postępowanie konkursowe jest państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną na co wskazuje wprost art. 96 ust.1 Ustawy. Nie jest zatem organem administracji publicznej w rozumieniu ustrojowym i nie przyznano mu generalnie kompetencji do stosowania środków prawnych, właściwych organom administracji publicznej. Jedynie na mocy konkretnych przepisów tej ustawy wydaje decyzje administracyjne (np. art. 154 ust. 3 i ust 6 Ustawy). Niewątpliwie więc postępowanie prowadzone przez komisję konkursową nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego, a rozstrzygnięcie postępowania konkursowego nie jest decyzją administracyjną, ani innym aktem o charakterze administracyjnoprawnym. Sprawa staje się sprawą administracyjną z chwilą złożenia przez świadczeniodawcę odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Ustawa wyraźnie stanowi bowiem, że po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie (art. 154 ust. 3 Ustawy). W całym postępowaniu prowadzącym do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mamy zatem dwa etapy: cywilnoprawny i administracyjnoprawny. W świetle powyższego nie można przypisać komisji konkursowej naruszenia przepisów prawa nie mających zastosowania do cywilnoprawnego etapu zawierania umów, w którym dokonuje się wyboru najkorzystniejszej oferty.

Odnosząc się do samego zarzutu niewyjaśnienia przez komisję konkursową czy Odwołująca WILDA spełnia zadeklarowany wymóg określony w pytaniu ankietowym nr 2.5.2 *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* stwierdzić należy co następuje.

Dokonując oceny działania komisji konkursowej w prowadzonym postępowaniu administracyjnym wszczętym wskutek wniesionego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-

000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie dopatrzył się uchybień w tym zakresie.

W tym miejscu ponownie wskazać należy, iż Odwołująca WILDA deklarując spełnienie warunku określonego w omawianym pytaniu ankietowym nie dołączyła żadnego dokumentu potwierdzającego prawidłowość udzielonej odpowiedzi. Reakcją komisji konkursowej na tak złożoną ofertę było wezwanie Odwołującej WILDA pismem z dnia 8 sierpnia 2018 roku do złożenia wyjaśnień i / lub przedłożenia dokumentów potwierdzających prawidłowość udzielonej odpowiedzi. W przedmiotowym wezwaniu komisja konkursowa wskazała jakie wymogi należy spełnić dla udzielenia twierdzącej odpowiedzi na omawiane pytanie ankietowe, w tym wskazała na wymóg wynikający z art. 81 ust. 1 RozpDokMed., tj. możliwość wykonania odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna (w tym zdjęć radiologicznych). Nadto wezwanie określało szczegółowo w jakim zakresie Odwołująca WILDA winna złożyć wyjaśnienia, tj. odnośnie:

- 1) Sposobu identyfikacji osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i sposobu dokumentowania dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;
- 2) Sposobu odwzorowywania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej właśnie postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, oraz sposób umieszczania odwzorowanej dokumentacji w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej. Oferent winien zapewnić wykonanie odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych z zachowaniem formatu DICOM.
- 3) Informacji na temat metod i środków stosowanej ochrony dokumentacji medycznej;
- 4) Informacji na temat dokonywanych analiz zagrożeń;
- 5) Procedury zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej;
- 6) Okresowych ocen skuteczności działania organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia dokumentacji;
- 7) Planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji;
- 8) Informacji na temat sposobu składania oraz weryfikowania przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego podpisów osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

W dniu 14 sierpnia 2018 roku Odwołująca WILDA złożyła wyjaśnienia, w których wskazała jedynie, iż „Elektroniczna dokumentacja medyczna jest w trakcie wdrażania przez firmę MediPorta.” Wobec tak jednoznacznej odpowiedzi komisja konkursowa prowadząca postępowanie konkursowe nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 nie miała wątpliwości, że Odwołująca WILDA nie spełnia deklarowanego warunku 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 recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, ocenianego na dzień otwarcia ofert (20 lipca 2018 roku) bowiem w tym dniu zamawiający mógł zapoznać się z treścią oferty.

W dniu 27 sierpnia 2018 roku Odwołująca WILDA złożyła protest w treści którego wskazała, iż nie miała na celu wprowadzić komisji konkursowej w błąd, gdyż była przekonana, że kartoteka wdrożona przez firmę MediPorta Sp. z o.o. w pełni spełnia wymogi dotyczące prawidłowego funkcjonowania kartoteki elektronicznej oraz wniosła o ewentualną zmianę udzielonej odpowiedzi na pytanie nr 2.5.2. na „NIE”. Do wniesionego protestu Odwołująca WILDA dołączyła umowę na świadczenie usług nr 2016/02/WP/945 zawartą z MediPorta Sp. z o.o., fakturę z dnia 31.07.2018 r. – opłata bazowa

za oprogramowanie MediPorta oraz oświadczenie producenta systemu MediPorta Sp. z o.o. z dnia 27.08.2018 roku dotyczące zakończenia wdrożenia Platformy MEDIPORTA z dniem 31.07.2016 roku na podstawie ww. umowy nr 2016/02/WP/945. Komisja konkursowa dokonując analizy przedłożonych dokumentów postanowiła w dniu 28 sierpnia 2018 roku oddalić protest, o czym Odwołująca Wilda została powiadomiona pismem – Powiadomieniem oferenta o rozstrzygnięciu protestu z dnia 28 sierpnia 2018 roku. Treść uzasadnienia decyzji komisji konkursowej wskazuje jednoznacznie, iż podjęcie decyzji zostało poprzedzone wnikliwą analizą przedłożonych przez Odwołującą WILDA dokumentów w tym w szczególności umowy nr 2016/02/WP/945. W uzasadnieniu decyzji komisji konkursowej znajdujemy zapis: „Ponadto komisja konkursowa informuje, iż przedłożona do „PROTESTU” dokumentacja, tj. Umowa na świadczenie usług nr 2016/02/WP/945 zawarta z Mediporta Sp. z o.o. w żaden sposób nie potwierdza możliwości wykonania odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna (w tym zdjęć radiologicznych) z zachowaniem standardu DICOM.”. Nadto Odwołująca WILDA w złożonym proteście nadal nie odniosła się do wymogów, które komisja konkursowa wskazała w wezwaniu do złożenia wyjaśnień z dnia 8 sierpnia 2018 roku, jako konieczne dla możliwości udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.5.2. Informacji tych nie odnalazła komisja konkursowa również w załączonych do protestu dokumentach, tj. umowie zawartej z firmą MediPorta nr 2016/02/WP/945, czemu dała wyraz w sformułowaniu umieszczonym w uzasadnieniu decyzji o oddaleniu protestu: „(...) Powyższe nie zostało zidentyfikowane przez komisję konkursową w złożonej przez Oferenta ofercie nr 15-18-000448[04/1]-0001/00, ani w żadnych dokumentach/ wyjaśnieniach przedłożonych do oferty w toku prowadzonego postępowania konkursowego (...). Wbrew twierdzeniom Odwołującej cytowane sformułowanie nie potwierdza faktu nierozpoznania i nierozstrzygnięcia przez komisję konkursową czy Odwołująca WILDA spełnia deklarowany warunek lecz wprost przeciwnie jest stwierdzeniem, iż Odwołująca WILDA nie przedstawiła dowodów na to, iż była uprawniona do udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.5.2. ani w złożonej ofercie, ani w dokumentach dołączonych do protestu. Powyższe sformułowanie komisji konkursowej należy odczytywać w kontekście całego uzasadnienia decyzji o oddaleniu protestu, bowiem zostało ono poprzedzone wskazaniem warunków uprawniających oferenta do udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.5.2: *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 oraz wskazaniem informacji jakie oferent deklarujący prowadzenie historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej winien wskazać komisji konkursowej, a które były również wskazane w wezwaniu do złożenia wyjaśnień z dnia 8 sierpnia 2018 roku.*

W świetle powyższego nie można zgodzić się z zarzutem Odwołującej WILDA, iż komisja w sposób niedostateczny rozpoznała sprawę i nie wyjaśniła czy Odwołująca WILDA ma możliwość odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych, a tym samym czy była uprawniona do udzielenia twierdzącej odpowiedzi na pytanie nr 2.5.2: *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.*

Dokonując weryfikacji działania komisji konkursowej i analizując zgromadzone w toku prowadzonego postępowania administracyjnego akta uznać należy ustalenia komisji konkursowej w zakresie możliwości udzielenia twierdzącej odpowiedzi na omawiane pytanie ankietowe za prawidłowe. Jedynym dokumentem potwierdzającym możliwość prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej przez Odwołującą WILDA jest załączona do protestu umowa z firmą MediPorta sp. z o.o. oraz oświadczenie producenta systemu MediPorta sp. z o.o. o wdrożeniu platformy MediPorta, która umożliwia prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej w rozumieniu ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta z uwzględnieniem wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.

Na podstawie analizy treści przedstawionej umowy nr 2016/WP/02/WP/945 zawartej z firmą MediPorta Sp. z o.o. stwierdzić należy, iż żaden z jej zapisów nie wskazuje na powierzenie przez Odwołującą WILDA tej firmie zadań określonych w § 81 ust. 1 RozpDokMed, zgodnie z którym w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji, przy czym standardem wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową jest standard Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM).

Za niezasadny uznać należy również wniosek Odwołującej WILDA o uwzględnienie jej oferty i przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań. Zgodnie z dyspozycją art 154 ust. 7 Ustawy postępowanie w trybie rokowań przeprowadza się ze świadczeniodawcą, który złożył odwołanie w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec nieuwzględnienia przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zarzutów podniesionych w odwołaniu złożonym przez Odwołującą WILDA od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 wniosek Odwołującej WILDA nie może zostać uwzględniony.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że w trakcie prowadzonego postępowania nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 o zawarcie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej WILDA wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania złożonego przez Odwołującego MONAR dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień, wyjaśnić należy, co następuje.

Odnosząc się do podniesionych przez Odwołującego MONAR argumentów dotyczących kryteriów oceny ofert stosowanych w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień, wskazać należy, iż kompetencje do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w omawianym zakresie świadczeń jak również kryteria oceny ofert formułujące warunki dodatkowo oceniane, ustawodawca przyznał Ministrowi Zdrowia. Na mocy delegacji ustawowej zawartej w art. 31 b Ustawy Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia z dnia 6 listopada 2013 roku wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz na mocy delegacji ustawowej zawartej w art. 148 ust. 3 Ustawy Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia określił szczegółowe kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem ich zakres pozostaje poza kompetencjami komisji konkursowych prowadzących postępowania konkursowe w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Konsekwencją powyższego jest również to, iż te same warunki zarówno wymagane od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak również kryteria oceny ofert wg których komisja konkursowa dokonuje punktowej oceny

ofert obowiązują we wszystkich województwach kraju. Należy również podkreślić, iż zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania, a porównanie ofert następuje na podstawie art. 148 Ustawy wg kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny, udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a przy porównaniu ofert szczegółowe kryteria oceny określone zostały przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a odnośnie świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zostały zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 2018 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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.

Odnosząc się do zarzutu niezasadności wymagania umowy na podwykonawstwo w zakresie transportu sanitarnego wskazać należy co następuje.

Zgodnie z treścią § 1 ust. 2 wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami określonymi w szczególności w: Ustawie, szczegółowych warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, określanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wydanym na podstawie art. 31d Ustawy oraz zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 Ustawy. Zgodnie natomiast z treścią § 8 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.) świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Co przy tym istotne, jak stanowi § 8 ust. 2 załącznika do ww. rozporządzenia, świadczeniodawca, w przypadkach określonych w ustawie oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d Ustawy, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy.

Zatem, uwzględniając powyższe ustalenia w zakresie przepisów obowiązującego prawa wskazać należy, iż Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień winien zapewniać transport sanitarny, przy czym dopuszczalne jest zapewnianie transportu sanitarnego przez oferenta samodzielnie, bądź z udziałem podwykonawcy. Jeśli oferent zleca realizację transportu sanitarnego podwykonawcy to winien przedłożyć, zgodnie z treścią § 14 ust. 1 pkt 7 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach

określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu.

W świetle powyższego spełnienie warunków wymaganych, a tym samym udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytanie ankietowe zawarte w części VIII Formularza ofertowego (ANKIETY) – Rozdział: WARUNKI WYMAGANE: *W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy Oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania*, wymagało od świadczeniodawcy zapewnienia transportu sanitarnego samodzielnie bądź z udziałem podwykonawcy.

Odnosząc się do zarzutu niezasadności wymagania umowy na podwykonawstwo w zakresie wykonywania badań EEG, EKG wskazać należy, iż wymóg zabezpieczenia dostępu do wskazanych badań nie został ujęty w szczegółowych kryteriach oceny ofert dla zakresu świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień, a zatem świadczeniodawca deklarujący wykonywanie wskazanych badań, bądź przedstawiający do oferty umowę na podwykonawstwo w zakresie wykonywania badań EKG i EEG nie uzyskiwał żadnych dodatkowych punktów w ocenie punktowej oferty. Warunki realizacji świadczeń określone w załączniku nr 7 *Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień oraz warunki realizacji tych świadczeń* do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnienia* wskazują na konieczność zabezpieczenia niezbędnych badań diagnostycznych w tym laboratoryjnych, nie wskazując przy tym jednak konkretnych badań. W tym zakresie decyzja została pozostawiona Świadczeniodawcy realizującemu zakres świadczeń leczenie uzależnień. Przenosząc powyższe na grunt podniesionego zarzutu, wskazać należy iż Odwołujący MONAR do złożonej oferty w postępowaniu nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 załączył umowę z podwykonawcą Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 2 im H. Święcickiego Akademii Medycznej w Poznaniu w zakresie m. in. badań diagnostycznych EEG oraz z Prywatną Leczniczą CERTUS Sp. z o.o. w zakresie wykonywania badań RTG oraz EKG. Z uwagi na brak wskazania ww. podwykonawców w wykazie podwykonawców stanowiącym II część formularza ofertowego komisja konkursowa wezwała do usunięcia braków formalnych w postaci przedłożenia wykazu podwykonawców. Oceniając działanie komisji konkursowej wskazać należy, iż zgodnie z § 10 ust. 1 i ust. 4 pkt 2 Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku *w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.*: Oferent obowiązany jest złożyć ofertę w formie pisemnej oraz elektronicznej, a formularz ofertowy zawiera wykaz podwykonawców z informacją o umowach podwykonawstwa, w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Nadto dyspozycja art. 149 ust. 3 Ustawy, zgodnie z którą w przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, zobowiązuje komisję do wezwania oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Na marginesie wskazać należy, iż Odwołujący MONAR uzupełnił wskazane przez komisję konkursową w wezwaniu z dnia 20 lipca 2018 roku braki formalne co pozwoliło na dalsze procedowanie oferty odwołującego MONAR.

Odnosząc się do argumentu nieadekwatności wymagania umowy na „podwykonawstwo” w zakresie digitalizacji zdjęć rentgenowskich w formacie DICOM wskazać należy, iż powyższy warunek był niezbędny dla możliwości udzielenia przez Odwołującego MONAR odpowiedzi twierdzącej na pytanie ankietowe nr 2.5.2. VIII części formularza ofertowego: *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*. Wyjaśnić należy, iż oferent, który

zadeklarował prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, o której mowa w pytaniu ankietowym nr 2.5.2. winien spełniać warunek określony w § 81 ust. 1 RozpDokMed, tj. w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji, dla których standardem wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową jest standard Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM). Przy czym warunek ten może świadczeniodawca realizować samodzielnie, bądź w ramach umowy z podmiotem zewnętrznym, której przedmiotem jest odwzorowanie cyfrowe dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja w postaci papierowej w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej w formacie DICOM. W tym miejscu wskazać należy, iż udzielenie odpowiedzi twierdzącej na powyższe pytanie ankietowe wiązało się z przyznaniem ofercie Odwołującego MONAR dodatkowych 3 punktów w punktowej ocenie oferty zgodnie ze szczegółowymi kryteriami oceny ofert określonymi dla rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień. Wskazać należy również, iż prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej na warunkach określonych w pytaniu ankietowym 2.5.2. VIII części formularza ofertowego nie było warunkiem koniecznym dla udziału w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 i tylko od świadczeniodawcy zależało czy będzie ten warunek spełniał, a tym samym uzyska dodatkowe punkty w ocenie oferty co w konsekwencji będzie miało wpływ na ranking końcowy ofert.

Odnosząc się do zarzutu nieadekwatności kryterium automatycznej rejestracji internetowej podnoszonej przez Odwołującego MONAR w złożonym odwołaniu, które ma swoje odzwierciedlenie w pytaniu ankietowym nr 3.1.3. VIII części formularza ofertowego: *PSY_ Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu*, wyjaśnić należy, iż nie był to warunek konieczny do spełnienia dla zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień. Deklaracja tego warunku wiązała się z przyznaniem dodatkowych 2 punktów w prowadzonej przez komisję konkursową ocenie punktowej ofert zgodnie ze szczegółowymi kryteriami oceny ofert określonymi dla rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem wyłącznie od decyzji świadczeniodawcy zależało spełnienie warunku dodatkowo ocenianego, z którym wiązała się wyższa ocena punktowa oferty co miałoby wpływ na ranking końcowy ofert.

Odnosząc się do zarzutu dotyczącego naruszenia zasady sprawiedliwego i obiektywnego podziału środków finansowych pomiędzy wyłonionych oferentów w pierwszej kolejności wyjaśnić należy, że komisja konkursowa zaprasza do negocjacji wyłącznie oferentów, których oferty spełniają wymagania wynikające z warunków zawierania umów oraz nie podlegają odrzuceniu z innych przyczyn. Opracowując ilościowo-cenowe propozycje (de facto założenia) negocjacyjne komisja konkursowa bierze pod uwagę przede wszystkim kolejność ofert wynikającą z rankingu ofert z uwzględnieniem kryteriów niecenowych, z zachowaniem warunku określonego w art. 142 ust. 7 Ustawy, w świetle którego komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Prowadzone przez komisję konkursową negocjacje dotyczące ustalenia ceny i liczby świadczeń nie mają przy tym charakteru, o którym mowa w art. 72 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1025 z późn. zm.), zgodnie z którym jeżeli strony prowadzą negocjacje w celu zawarcia oznaczonej umowy, umowa zostaje zawarta, gdy strony dojdą do porozumienia co do wszystkich jej postanowień,

które były przedmiotem negocjacji. Nie można bowiem przyjąć, że na tym etapie prowadzonego postępowania konkursowego strony prowadzą negocjacje w celu zawarcia oznaczonej umowy, o czym świadczy klauzula zawarta w protokole z negocjacji, iż podpisanie protokołu zbieżnego z prowadzonych negocjacji nie stanowi gwarancji zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślić należy, że przepisy Ustawy dotyczące zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają przy tym charakter unormowań szczególnych wobec innych aktów rangi ustawowej regulujących sposób zawierania umów cywilnoprawnych i są one stosowane w pierwszej kolejności, zgodnie bowiem z brzmieniem art. 155 ust. 1 Ustawy, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. W niniejszym postępowaniu komisja konkursowa przeprowadziła z Odwołującym MONAR negocjacje w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz w zakresie ceny zgodnie z art. 142 ust. 6 Ustawy, stosownie do którego komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. W wyniku negocjacji Odwołujący MONAR przyjął propozycję komisji konkursowej dotyczącą liczby i ceny świadczeń (z zastrzeżeniem, że ustalenia powyższe nie oznaczają jeszcze dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy), którą to okoliczność potwierdza protokół z przeprowadzonych negocjacji. Należy wskazać, że charakter prowadzonych negocjacji oparty jest na zasadzie równości stron, które kształtują swoje stanowiska w sposób samodzielny i niezależny kierując się własnym interesem ekonomicznym, dlatego fakt iż oczekiwania Odwołującego MONAR w zakresie propozycji ilościowej oferty nie znalazły w pełni odzwierciedlenia w protokole końcowym z przeprowadzonych negocjacji, nie stanowi argumentu jakoby negocjacje prowadzone były z naruszeniem zasad prowadzenia postępowania konkursowego. Należy bowiem podkreślić, że komisja konkursowa prowadzi postępowanie w interesie i na rzecz ubezpieczonych, zaś interes ekonomiczny podmiotów biorących udział w postępowaniu konkursowym nie może być wyznacznikiem prawidłowości prowadzonego postępowania konkursowego. Dokonane przez komisję konkursową i oferenta biorącego udział w negocjacjach ustalenia warunków ilościowo-cenowych nie oznaczają (zgodnie z zapisami protokołu końcowego z negocjacji) wprowadzenia zobowiązania do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jednakże wybór danej oferty do zawarcia tej umowy rozstrzygnięciem postępowania konkursowego kreuje zobowiązanie stron do uwzględnienia w jej treści warunków ilościowo-cenowych ustalonych przez strony w toku negocjacji. Co przy tym wydawać powinno się oczywiste, oferentowi nie przysługuje uprawnienie do wycofania się z dokonanych ustaleń, tym bardziej nie może on zatem skutecznie podważać tak faktu ustalenia warunków ilościowo-cenowych oferty świadczeniodawcy jak i propozycji (założeń) negocjacyjnych komisji konkursowej. Możliwość zakwestionowania poczynionych ustaleń nie do pogodzenia jest także z niejawnością tej części postępowania, w której warunki ilościowo-cenowe oferty są końcowo ustalane, jeżeli oferent po zapoznaniu się z pełną dokumentacją części niejawnego postępowania konkursowego mógłby dokonywać rewizji swojego stanowiska w zakresie wysokości przyszłego ewentualnego kontraktu. W innym przypadku niejawność tej części postępowania byłaby iluzoryczna. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że Odwołujący MONAR oświadczył w treści protokołu końcowego z negocjacji, że protokół ten zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny świadczeń.

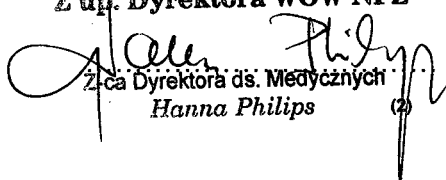
Należy wskazać, że uzasadnione i zgodne z zasadą wyrażoną w art. 134 Ustawy było przyjęcie w trakcie negocjacji zasad rozdziału środków finansowych pomiędzy oferentów zaproszonych do negocjacji z uwagi na obiektywne ustalenie, że wartość ofert przekracza znacząco wartość kwoty jaka przeznaczona została do wydatkowania w niniejszym postępowaniu. Komisja konkursowa zaproponowała Odwołującemu MONAR propozycję ilości punktów rozliczeniowych adekwatną do pozycji z rankingu z uwzględnieniem kryteriów niecenowych oraz potencjału wykonawczego zadeklarowanego w ofercie.

Powyżej określone przesłanki, którymi kierowała się komisja konkursowa w zakresie propozycji ilościowo-cenowej skutkowały zaproponowaniem Odwołującemu MONAR znajdującemu się na piątej pozycji w rankingu (z uwzględnieniem różnicy w punktach pomiędzy ofertami) propozycji realizacji świadczeń o łącznej wartości 54 000,00 zł.

Powyższe obrazuje, że zaproponowany przez komisję konkursową podział środków finansowych przeznaczonych na postępowanie, który znalazł wiążące potwierdzenie w rankingu końcowym z przeprowadzonego postępowania był przejrzysty i spójny oraz różnicuje oferentów wybranych do udzielania świadczeń w odniesieniu do uzyskanej pozycji w rankingu końcowym. Nieuprawniony jest zatem zarzut odwołania dotyczący naruszenia w kontekście przyjętych zasad podziału środków finansowych zasady wyrażonej w art. 134 Ustawy, ponieważ komisja konkursowa składała wszystkim oferentom zaproszonym do negocjacji i realizującym dotychczas umowy w zakresie leczenia uzależnień propozycję ilości punktów rozliczeniowych w oparciu o wyżej wymienione jednolite zasady podziału środków finansowych. Tak przedstawiony podział środków finansowych gwarantował możliwość zawarcia zaplanowanej przez Oddział Funduszu odpowiedniej liczby umów, celem zapewnienia możliwie najlepszej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień na obszarze powiatu Poznań.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że w trakcie prowadzonego postępowania nr 15-18-000448/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 o zawarcie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie leczenia uzależnień doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego MONAR wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Uwzględniając całość dokumentacji i treść złożonych odwołań, nie stwierdzono naruszenia zasad prowadzenia postępowania przez komisję konkursową, które miałyby wpływ na interes prawny Odwołującej WILDA oraz Odwołującego MONAR w związku z powyższym nie ma podstaw do uwzględnienia żadnego z wniesionych odwołań. Wobec powyższego wszystkie odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Złca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips (2)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2017, poz. 1938 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego 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 wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 9 egz.:

1. Agnieszka Merle, Józef Jasiński, ul. Czwartaków 17, 61-495 Poznań;
2. Stowarzyszenie Monar, Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień, ul. Michała Sobieskiego 2, 60-579 Poznań;
3. Centrum Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Zmiana Ewa Mikołajczak, Iwona Ratajczak Spółka Jawna, ul. Samuela Lindego 4-6, 60-573 Poznań-Jeżyce;
4. Grupa Katharsis Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Kórnicka 24, 61-141 Poznań-Nowe Miasto;
5. Maciej Frąckowiak, Stary Sielec 2, 63-930 Jutrosin;
6. Termedia Sp. z o. o. ul. Kleeberga 8, 61-615 Poznań-Stare Miasto.
7. Karolina Libera – Strogulska Paulina Pietrzak, os. Zwycięstwa 108, 61 – 653 Poznań.
8. a/a – 2 egz.

Opracowała: Agnieszka Burwiol, WOW NFZ.