

WO-DP.422.84.2018

Poznań, dnia 25 09. 2018

DECYZJA NR 80/2018/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.), dalej zwanej: „k.p.a.”, po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania nr 15-18-000442/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 tureckiego, wniesionego przez Jerzego Emila Olasa, prowadzącego zakład leczniczy pod nazwą Centrum Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Turku (62-700) ul. Łąkowa 5a, postanawiam

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach” oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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 4 lipca 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000442/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 tureckiego.

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 100 120,00 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 1 (słownie: jedna).

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.

Dnia 7 września 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Jerzego Emila Olasa, prowadzącego zakład leczniczy pod nazwą Centrum Zdrowia Psychicznego z siedzibą w Turku (62-700), ul. Łąkowa 5a (zwanego dalej: „Odwołującym”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie. Zaznaczenia wymaga, że odwołanie skierowane zostało do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ul. Grójecka 186, 02 – 390 Warszawa za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, a za podstawę wniesienia odwołania wskazany został art. 127 k.p.a.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia uzależnień, Odwołujący wskazuje naruszenie przez komisję konkursową:

- a) art. 7 w zw. z art. 77 § 1 oraz art. 80 k.p.a.; Zarzuca niewyjaśnienie wszelkich okoliczności sprawy, poprzez niepodjęcie przez komisję działań mających na celu dokładne i wyczerpujące zbadanie stanu faktycznego (w tym całego materiału dowodowego) oraz załatwienia sprawy w sposób uwzględniający interes społeczny obywateli, w konsekwencji czego nieprawidłowo dokonana została ocena oferty Odwołującego jak i ofert konkurujących. Wskazał przy tym, że jego oferta, przy prawidłowym przebiegu postępowania, była ofertą najwyższej punktowaną,
- b) art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy poprzez niezachowanie przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców (w piśmie błędnie wskazano: świadczeniobiorców) ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz pominięcie zasad uczciwej konkurencji. Zarzuca również niepełne, nierzetelne jak i nieprawidłowe, w świetle obowiązujących przepisów zawartych w Zarządzeniach Prezesa NFZ, dokonanie ocen ofert podmiotów, co w konsekwencji spowodowało nieprawidłowe przyznanie ilości punktów za spełnianie kryteriów ocen konkurujących.

Wobec powyższego Odwołujący wnosi o udostępnienie do wglądu zarówno jego, jak i konkurującej oferty. Ponadto, wskazując za podstawę art. 138 § 2 k.p.a., wnosi o uchylenie zaskarżonej decyzji i przekazanie sprawy do ponownego rozpatrzenia przez organ I instancji lub po weryfikacji odwołania jej zmianę i wybranie złożonej przez niego oferty.

Powyższe uzasadnia w sposób następujący.

Po pierwsze, utrzymuje, iż jego oferta spełniała wszelkie warunki wymagane, określone w przytoczonych w ogłoszeniu aktach prawnych o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 4 lipca 2018 roku.

Uzasadniając zarzut wskazany w ww. lit. a) wskazuje, że komisja konkursowa nie wzięła pod uwagę posiadanych przez niego warunków lokalowych, w szczególności tego, że poradnia leczenia uzależnień działałaby w nowopowstałym, nowoczesnym budynku dwupoziomowym i byłaby wyposażona w znajdujące się na obu kondygnacjach 3 gabinety lekarskie. Ponadto poradnia byłaby wyposażona w salę terapii grupowej, z dostępem do toalety dla osób niepełnosprawnych na parterze, jak również w duży, bezpłatny parking dla pacjentów.

Odwołujący zaznacza, że posiada poradnię zdrowia psychicznego, prowadzi leczenie środowiskowe (domowe), a także dąży do zapewnienia kompleksowości i zachowania wysokiej jakości przedmiotowych świadczeń. Oświadcza również, że podjął współpracę z wykwalifikowanym personelem tj. specjalistami terapii uzależnień, certyfikowanymi psychoterapeutami, specjalistami w dziedzinie psychiatrii z zamiarem

zawarcia umowy z NFZ. Podkreśla, że żaden konkurujący podmiot nie jest w stanie okazać się tak rozbudowana placówką w rozumieniu lokalowym jak i personalnym.

Odwołujący wskazuje, że w roku 2017 w jego placówce udzielono 795 świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów z uzależnieniami i wobec niewybrania jego oferty, pacjenci ci nie mają możliwości kontynuacji procesu leczenia odwykowego, albowiem ograniczono te świadczenia na terenie powiatu tureckiego. Uzyskanie kontraktu umożliwiłoby zapewnienie ciągłości i kompleksowości leczenia pacjentów w jednej placówce. Dodaje też, że odrzucenie jego oferty w ramach konkursu ofert na 2018 rok w zakresie oddział dzienny leczenia uzależnienia od alkoholu, spowodowało zwiększenie potencjału personelu medycznego i wymiaru czasu pracy specjalistów w ramach poradni leczenia uzależnień. Mając na uwadze wskazane wyżej okoliczności, Odwołujący powołując się na interes społeczny mieszkańców powiatu tureckiego jak i dobro pacjenta oferuje obniżenie ceny jednostki rozliczeniowej do 7,00 zł.

Ponadto Odwołujący uważa, że decyzja komisji konkursowej jest niezrozumiała i krzywdząca, gdyż jako jeden z nielicznych składających ofertę posiadał tak konkurencyjną ofertę, która spełniała zarówno warunki wymagane określone w załączniku nr 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, jak też wybrane warunki dodatkowo oceniane w kategorii: personel, jakość i dostępność tj.:

- specjalista psychoterapii uzależnień - równoważnik co najmniej 1 etatu,
- osoba prowadząca psychoterapię - równoważnik co najmniej 1/2 etatu,
- co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień,
- czas pracy poradni w tygodniu – powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie,
- posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.

W dniu 21 września 2018 roku, pismem z dnia 19 września 2018 roku, Odwołujący po zapoznaniu się w dniu 18 września 2018 roku z aktami sprawy, złożył uzupełnienie odwołania z dnia 5 września 2018 roku. W uzupełnieniu wnosi o ponowne rozpatrzenie sprawy, weryfikację wskazanych w obu ofertach możliwości realizacji wykazanego potencjału personelu medycznego względem m.in. zasobów lokalowych. Podnosi, iż wykazany przez niego w ofercie potencjał personelu medycznego realizowałby świadczenia w 3 gabinetach lekarskich oraz w sali zabiegowej, co też potwierdziła przeprowadzona w dniu 6 sierpnia 2018 roku przez komisję konkursową weryfikacja oferty. Wskazuje przy tym, że jego oferta jest „pełniejsza”, od oferty konkurenta, ponieważ wykazał większe zasoby kadrowe, a więc i większą dostępność dla pacjentów. Podnosi, że z oferty konkurenta wynika, że harmonogramy pracy personelu pokrywają się, a więc realizacja świadczeń byłaby możliwa tylko w przypadku zapewnienia co najmniej

3 gabinetów w poradni. Zaznacza przy tym, że z uwagi na to, że placówka konkurencyjna istnieje na rynku od 10 lat (nie jest nowopowstałą placówką) nie otrzymał do wglądu protokołu z kontroli i nie była na tym etapie możliwa weryfikacja powyższego.

Odwołujący zarzuca również, że konkurujący podmiot nie jest w stanie okazać się tak rozbudowaną placówką w rozumieniu lokalowym i personalnym, wobec czego zwraca się z prośbą o ponowną weryfikację ofert w tym zakresie. Czyni w tym miejscu porównanie obu ofert w zakresie poszczególnych kryteriów oceny. Podnosi też, że jako oferent nie świadczący dotychczas usług w przedmiotowym zakresie nie miał możliwości tak jak oferent Danuta Grochecka, uzyskania punktów za kontynuację umowy. Wskazuje, że takie traktowanie podmiotów nie świadczących dotychczas usług, bezwzględnie narusza art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy.

Zwraca uwagę, że jego oferta była przygotowana precyzyjnie pod względem formalnym i merytorycznym, a przede wszystkim zgodnie ze stanem faktycznym, podczas gdy kontroferent wskazał w ofercie nieprawdę w zakresie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej czy realizacji świadczeń w zakresie leczenia uzależnień nieprzerwanie od 10 lat, co dopiero zostało stwierdzone w wyniku weryfikacji.

Odwołujący deklaruje zwiększenie jakości oferty w zakresie leczenia uzależnień odnośnie do personelu medycznego, z uwagi na brak pozytywnego rozpatrzenia oferty w zakresie oddziału dzienny leczenia uzależnienia od alkoholu. Przedstawia deklarowany, zmieniony czas pracy poradni oraz zasoby personelu medycznego. Ponownie też zgłasza gotowość obniżenia ceny jednostki rozliczeniowej do 7,00 złotych.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego pismami z dnia 12 września 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz drugiego oferenta, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000442/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. Z uprawnienia wglądu w akta sprawy w dniu 14 września 2018 roku skorzystał oferent Danuta Grochecka, prowadząca zakład leczniczy pod nazwą Centrum leczenia Uzależnień „Pryzmat” z siedzibą w Turku (62-700) ul. Dąbrowskiego 7, a w dniu 18 września 2018 roku Odwołujący. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 25 września 2018 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania numer 15-18-000442/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 tureckiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonym odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000442/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 15-18-000442/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 tureckiego, złożone zostały 2 oferty:

1. oferta numer: 15-18-000442[04/1]-0001/00 złożona przez oferenta: Danuta Grochecka, ul. Dąbrowskiego 7, 62 - 700 Turek;
2. oferta numer: 15-18-000442[04/1]-0002/00 złożona przez oferenta: Jerzy Emil Olas ul. Łąkowa 5a, 62-700 Turek.

Postępowanie nr 15-18-000442/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:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (tekst jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 ze zm.), dalej również „rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych”;
- 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 (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

- zarządzenia Nr 30/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2018 roku 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 o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”;
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami), dalej „zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia”;

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia jednego oferenta oraz przeprowadziła weryfikację u jednego oferenta. Braki formalne zostały uzupełnione. Komisja konkursowa po przeprowadzonej w dniu 6 sierpnia 2018 roku weryfikacji oferenta stwierdziła spełnienie zadeklarowanych w ofercie weryfikowanych warunków.

Żadna z ofert nie została wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano 2 (słownie: dwóch) oferentów, jako spełniających wymagane warunki.

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 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej również „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 (0,00 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 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 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 punktów);
 - 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”:
- 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 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 (1,5 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,5 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - posiadanie akredytacji na prowadzenie staży klinicznych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości o 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 roku o przeciwdziałaniu narkomanii:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- c) kategorii „Jakość - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:
- udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - 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 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - 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 (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (1,5 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 poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (1,5 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 punkty);

- nie (brak punktów);
 - odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - czas pracy poradni [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie tygodniowo (1,00 punkt),
 - powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie tygodniowo (2,00 punkty),
 - powyżej 48 godzin tygodniowo (3,00 punkty);
3. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „Sposób wykonania umowy”:
- realizacja umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienne leczenie uzależnień:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja umowy w zakresie przedmiotu postępowania program leczenia substytucyjnego:
 - tak (5,00 punktów);
 - 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. 31le ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

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

Dnia 31 sierpnia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia uzależnień na obszarze powiatu tureckiego, wskazano 1 (słownie: jednego) oferenta:

Danuta Grochecka, ul. Dąbrowskiego 7, 62 - 700 Turek.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)										
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEN	CENA JEDNO STKI ROZLI CZ. (ZŁ)	PUNKTACJA						ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE		
1. Danuta Grochecka	Centrum Leczenia Uzależnień „Pryzmat” ul. Dąbrowskiego 7 62-700 Turek	8,00	1,50	34,5	0,00	3,00	3,00	0,00	42,00	TAK
2. Jerzy Emil Olas	Poradnia Leczenia Uzależnień i Współuzależnień ul. Łąkowa 5a 62-700 Turek	8,00	1,50	20,00	0,00	4,00	0,00	0,00	25,50	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym 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 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 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w szczególności części 48 tego załącznika, dotyczącej przedmiotu postępowania: leczenie uzależnień, oraz części wspólnej. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII Formularza Ofertowego „Ankiety” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18 000442/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):

Oferent: Danuta Grochecka, ul. Dąbrowskiego 7, 62 - 700 Turek

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- w punkcie: lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii udzielił odpowiedzi: 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 lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna – wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- na pytanie: osoba prowadząca psychoterapię – udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował posiadanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień przez co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień, za co otrzymał 3,00 punkty;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- w punkcie: udokumentowana realizacja w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), udzielił odpowiedzi: „Tak”, za co otrzymał 2,00 punkty;

- w punkcie: udokumentowana realizacja w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), udzielił odpowiedzi: „Tak”, za co otrzymał 6,00 punktów;
- 3) kategoria 3. Monitorowanie procesu psychoterapii:
- zadeklarował superwizję psychoterapii – w lokalizacji, za co otrzymał 5,00 punktów;
- 4) Jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- zadeklarował nieprzekazanie 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, co skutkowało przyznaniem 1,5 punktu ujemnego;

5) Jakość – pozostałe warunki:

- zadeklarował, iż 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, jednakże w wyniku weryfikacji oferty komisja konkursowa podjęła decyzję o zmianie odpowiedzi na „Nie”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27001 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 roku o wychowaniu w trzeźwości o 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 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował posiadania na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania 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 – kategoria: Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie uzależnień stacjonarne lub świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, za co nie otrzymał punktów;

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, 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;
- w punkcie: 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: udzielił odpowiedzi „- 10 lat”, jednakże w wyniku weryfikacji oferty komisja konkursowa podjęła decyzję o zmianie odpowiedzi na „- 5 lat”, co skutkowało przyznaniem 2,00 punktów;

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent Danuta Grochecka, 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: Jerzy Emil Ołas ul. Łąkowa 5a, 62-700 Turek

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- w punkcie: lekarz specjalista 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 lub psychologa w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna – wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował osobę prowadzącą psychoterapię - równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 5,00 punktów;
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień przez co najmniej 50% osób prowadzących psychoterapię uzależnień, za co otrzymał 3,00 punkty;
- 2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:
- w punkcie: udokumentowana realizacja w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji rodzinnych (epizodyczne spotkania z pacjentem i jego bliskimi), udzielił odpowiedzi: „Nie”, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie: udokumentowana realizacja w zakresie, w którym ogłoszono postępowanie sesji terapii rodzinnej (w ramach programu terapii rodzinnej), udzielił odpowiedzi: „Nie”, za co nie otrzymał punktów;
- 3) kategoria 3. Monitorowanie procesu psychoterapii:
- zadeklarował superwizję psychoterapii – w lokalizacji, jednakże w wyniku weryfikacji oferty komisja konkursowa podjęła decyzję o zmianie odpowiedzi na „Nie”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- 4) Jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

5) Jakość – pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, iż 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, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27001 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 roku o wychowaniu w trzeźwości o 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 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował posiadania na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej 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 – kategoria: Sposób wykonania umowy:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

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

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;

VI. W zakresie kryterium ceny oferent Jerzy Emil Olas, 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.

Dokonując w toku postępowania administracyjnego wszczętego wskutek wniesionego przez Odwołującego odwołania, oceny działania komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, zaznaczyć należy, że jak wskazano powyżej podstawą prawną wniesienia odwołania w aktualnym stanie prawnym jest art. 152 ust. 1 Ustawy, który to m.in. stanowi, że świadczeniodawcy, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. Przepis art. 154 ust. 1 stanowi natomiast, że świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia. Wyjaśnienia też wymaga, że postępowanie prowadzone przez komisję konkursową nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu przepisów k.p.a., zatem „rozstrzygnięcie” nie jest decyzją administracyjną. Sprawa o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych staje się sprawą administracyjną dopiero z chwilą złożenia przez świadczeniodawcę odwołania od rozstrzygnięcia komisji. Tym samym, Odwołujący błędnie w swoim piśmie z dnia 5 września 2018 roku wskazał, że „na podstawie art. 127 k.p.a. zaskarżam w całości decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego (...)”, błędnie przy tym zarówno w piśmie z dnia 5 września 2018 roku jak i 19 września 2018 roku wskazał adresata pisma tj. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto niewłaściwie wskazał podstawę swoich zarzutów tj. przepisy prawne zawarte w k.p.a.

Biorąc pod uwagę treść wniesionych przez Odwołującego zarzutów, na wstępie przypomnieć należy regulacje prawne istotne w niniejszej sprawie, tj.;

- § 18 ust. 4 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie, z którym po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania,
- § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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, który umożliwia komisji konkursowej żądanie od oferentów złożenia stosownych wyjaśnień dotyczących oferty, przy czym jak wynika z ust. 2a komisja nie może żądać określonych dokumentów, czy danych kiedy uzyskanie

ich jest możliwe na podstawie posiadanych przez NFZ danych lub dostępnych dla NFZ rejestrów prowadzonych przez inne podmioty publiczne,

- § 9 ust. 3 ww. rozporządzenia, który stanowi, że komisji konkursowej przysługuje uprawnienie podejmowania uchwał,
- § 17 ust. 2 i 3 ww. rozporządzenia, który stanowi, że komisja konkursowa może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, z tym że w przypadku oferentów dotychczas nie mających zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub gdy w trybie natychmiastowym, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy rozwiązano z nim uprzednią umowę w tym zakresie, jest do tego zobligowana.

Na podstawie zgromadzonego w wyniku postępowania konkursowego materiału, udostępnionego Odwołującemu w dniu 18 września 2018 roku, w świetle ww. przepisów dotyczących zasad przeprowadzania przez komisję konkursową postępowania konkursowego wyjaśnić należy, co następuje.

W odniesieniu do zarzutu, iż podczas postępowania konkursowego nie zostały wzięte pod uwagę posiadane przez Odwołującego warunki lokalowe jak i fakt dążenia do kompleksowości z tytułu udzielania świadczeń w poradni zdrowia psychicznego realizującej świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych oraz leczenie środowiskowe (domowe), wskazania wymaga, iż komisja konkursowa w trakcie oceny ofert może brać pod uwagę jedynie kryteria określone w przywołanym 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. Zarówno warunki lokalowe jak i rozumiana i prezentowana powyżej przez Odwołującego kompleksowość nie była przedmiotem oceny. Wskazać tu natomiast należy, że w zakresie kryterium Kompleksowości, na podstawie udzielonych w formularzu ofertowym odpowiedzi Odwołujący nie uzyskał żadnego punktu.

W piśmie z dnia 19 września 2018 roku Odwołujący wniósł o weryfikację wykazanych, zarówno w jego ofercie jak i ofercie konkurenta możliwości realizacji wykazanego potencjału personelu medycznego względem m.in. zasobów lokalowych. Otóż, po pierwsze, komisja konkursowa zgodnie § 17 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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, w dniu 6 sierpnia 2018 roku przeprowadziła weryfikację Odwołującego w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, natomiast jak stanowi ten sam przepis obowiązku takiego nie miała w stosunku do oferenta Danuty Grocheckiej. Po drugie z uwagi na brzmienie § 17 ust. 2a pkt 1 ww. rozporządzenia komisja konkursowa miała możliwość zweryfikowania ilości takich pomieszczeń poprzez analizę danych zawartych w systemie informatycznym WOW NFZ, z których to wynika, że oferent Danuta Grochecka

posiada 4 gabinety lekarskie. Trudno tym samym podważyć działania komisji konkursowej w ramach postępowania konkursowego nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01. Na marginesie zaznaczyć należy, że sposobem weryfikacji prawidłowości realizacji zawartej już z NFZ umowy jest przeprowadzenie kontroli (np. doraźnej) świadczeniodawcy na podstawie art. 64 Ustawy.

Trudno również uznać zarzut, iż złożona przez Odwołującego oferta jest pełniejsza od oferty konkurenta z uwagi na wykazanie większych zasobów kadrowych, a więc i większą dostępność. Istotnie wskazał on w ofercie większy wymiar czasu pracy personelu medycznego, aczkolwiek na wynik rozstrzygnięcia nie miało to wpływu. Wpływ natomiast miały udzielone w zapytaniach ankietowych odpowiedzi, a tu Odwołujący w zakresie kryterium Jakość Personel uzyskał: 20 punktów, podczas gdy oferent Danuta Grochecka uzyskała ich 23. Natomiast w zakresie kryterium Dostępność Odwołujący zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie, za co otrzymał 2,00 punkty, oraz zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co również otrzymał 2,00 punkty. Oferent Danuta Grochecka w zakresie kryterium Dostępność uzyskała mniej punktów. Uzyskanie w tym zakresie przez Odwołującego większej liczby punktów nie decydowało jednak o końcowym wyniku stanowiącym podstawę rozstrzygnięcia.

W wyniku ponownej weryfikacji obu ofert nie stwierdzono błędu w ich ocenie dokonanej przez komisję konkursową. Nietrafny więc jest też zarzut uzyskania przez Odwołującego niższej wartości punktów z tytułu kryterium Ciągłości z powodu nie świadczenia usług w przedmiotowym zakresie i naruszenie art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, bowiem istotnie Odwołującemu, jako temu, który dotychczas nie miał zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania, nie przysługiwały punkty za kontynuację umowy, jednakże nie było też możliwe uzyskanie punktów ujemnych w zakresie Jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, tj. łącznie 14 punktów ujemnych, jakie mógł uzyskać oferent Danuta Grochecka.

Należy w tym miejscu podzielić pogląd wyrażony w uzasadnieniu do wyroku NSA z dnia 9 sierpnia 2017 roku II GSK 3333/15, gdzie wskazano, iż „(...)kryterium ciągłości nie jest kryterium wyłącznym, lecz preferencją usprawiedliwioną dobrem pacjentów (...) stanowi kilka procent łącznej możliwej do uzyskania w konkursie sumy punktów. Dlatego nie narusza ona również zasady proporcjonalności” oraz w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 sierpnia 2017 roku II GSK 333/15, w którym wskazano: „(...) kryterium ciągłości wcale nie dyskryminuje przedsiębiorców działających na rynku usług medycznych. (...) szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny jest: obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W innym przypadku nie ma potrzeby zmiany oferenta (...)Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów

oraz sposobu procedowania w stosunku do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu”.

Odwołujący zwraca uwagę, że jego oferta przygotowana została precyzyjnie pod względem formalnym i merytorycznym oraz zgodnie ze stanem faktycznym, co nie miało miejsca w przypadku oferenta Danuty Grocheckiej, ponieważ nieprawdą okazało się wskazanie w ankiecie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej czy realizacji świadczeń w zakresie leczenia uzależnień nieprzerwanie od 10 lat.

Przyznać należy, że oferent Danuta Grochecka, w ofercie pierwotnie zadeklarowała, iż 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. Jak jednak stwierdziła komisja konkursowa informacja ta stała w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach oferty. Mając więc na uwadze normę zawartą w § 17 ust. 1 oraz w § 9 ust. 3 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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, w dniu 10 sierpnia 2018 roku, komisja konkursowa podjęła uchwałę dotyczącą trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym, zgodnie, z którą wezwała oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. Oferent udzielił wyjaśnień, na podstawie których komisja konkursowa podjęła decyzję o zmianie odpowiedzi na „Nie” i nie przyznaniu punktów. Ponadto zgodnie z § 9 ust. 3 i 4 oraz § 17 ust. 2a pkt 1 ww. rozporządzenia komisja konkursowa w dniu 25 lipca 2018 roku podjęła uchwałę dotyczącą sposobu przeprowadzenia weryfikacji ofert pod względem merytorycznym, w tym spełnienia warunków wymaganych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Po przeprowadzeniu weryfikacji zawartej w złożonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie: *„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:”* oraz danych zawartych w bazie danych WOW NFZ dokonała zmian w formularzu ofertowym, tj. odpowiednio zmieniła odpowiedź ankietową dotyczącą kryterium Ciągłości. W tym miejscu podkreślić należy, iż komisja konkursowa podjęła uchwaływ celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Zasady przyjęte w uchwałach komisji konkursowej stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w nich okoliczności. Odwołującemu

również zostały odjęte punkty za zadeklarowanie superwizji psychoterapii - w lokalizacji, podczas gdy nie spełniał on przesłanek do udzielenia odpowiedzi twierdzącej. Nie skutkowało to również odrzuceniem oferty.

We wskazanym powyżej sposobie postępowania komisji konkursowej powołanej do przeprowadzenia postępowania nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia uzależnień, nie można zatem dostrzec działań niezgodnych z obowiązującymi przepisami prawa.

Nie mogą na obecnym etapie zostać uwzględnione zadeklarowane przez Odwołującego dopiero w procesie odwoławczym warunki dotyczące wzrostu potencjału personelu medycznego w poradni leczenia uzależnień z powodu braku pozytywnego rozpatrzenia oferty w zakresie oddziału dzienny leczenia uzależnienia od alkoholu, jak i zgłaszana gotowość obniżenia ceny jednostki rozliczeniowej do 7,00 złotych. Jak wynika bowiem z § 18 ust. 4 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Rozstrzygnięcie nastąpiło 31 sierpnia 2018 roku, zatem postępowanie w przedmiotowej sprawie zakończyło się, a komisja konkursowa uległa rozwiązaniu.

Co do zarzutu braku możliwości kontynuacji u pacjentów procesu leczenia odwykowego, podkreślenia wymaga, iż w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawarta tylko jedna umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, toteż w rozstrzygnięciu postępowania nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, został wskazany jeden oferent. Ranking końcowy wskazuje wyraźną różnicę łącznej liczby punktów oceny za jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość pomiędzy Odwołującym a oferentem, którego oferta wybrana została w celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na terenie powiatu tureckiego. Dodać należy, że Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2017 roku, poz. 2077 ze zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane

w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Zatem, podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującego mniejszej liczby punktów w rankingu końcowym uwzględniającym łącznie kryteria jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej od oferenta, który uzyskał większą liczbę punktów w rankingu końcowym stanowiło jedyny powód niewybrania jego

oferty. W niniejszej decyzji szczegółowo przedstawiono punktację przyznaną poszczególnym oferentom w przedmiotowym postępowaniu konkursowym.

Ponownie podkreślenia wymaga, że komisja konkursowa dokonywała oceny ofert w oparciu m.in. o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Przypomnieć też należy, że każdy z oferentów zobowiązany jest przygotować ofertę z należytą starannością. Składając ofertę oferent podpisuje ją świadomie i bierze w pełni odpowiedzialność za dane w niej zawarte. Zwrócić należy uwagę, że Ustawodawca stworzył bardzo sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Na ocenę składanych przez oferentów ofert istotny wpływ mają odpowiedzi na pytania ankietowe. Ocena dokonywana jest m.in. w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu 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.

Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz ma obowiązek stosowania podczas oceny tych samych warunków w stosunku do wszystkich oferentów biorących w nim udział. W tej kwestii wypowiedział się m.in. Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 5 kwietnia 2017 r. sygn. II GSK 1908/15 *„Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Naruszeniem omawianej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców.”* Z kolei, w wyroku z 5 kwietnia 2017 r. sygn. II GSK 2209/15 Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że *„Zasadę równego traktowania oferentów i zapewnienia zachowania uczciwej konkurencji należy więc rozumieć jako generalny nakaz stworzenia jednakowych możliwości udziału w konkursie, w tym pozyskiwania informacji dotyczących postępowania konkursowego, warunków jego przeprowadzania, dostępu do informacji ze strony organu, a także zastosowanie jednakowych kryteriów i metod oceny składanych ofert, zapewnienie jednakowych warunków udziału w negocjacjach itp. Inaczej rzecz ujmując zasada równego traktowania wymaga, by wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną w równym stopniu, były traktowane równo, tj. bez różnicowań zarówno faworyzujących, jak i dyskryminujących”*.

Zgodnie z art. 134 Ustawy Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także

dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia liczba punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umowy) we właściwym załączniku 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. Sposób postępowania komisji konkursowej, w tym zawarta w niniejszej decyzji ocena Odwołującego oraz oferenta Danuty Grocheckiej, biorących udział w postępowaniu nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, wskazuje na równe i obiektywne traktowanie obu oferentów w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Podkreślenia wymaga, iż w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawarta tylko jedna umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, toteż w rozstrzygnięciu postępowania nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, został wskazany jeden oferent. Raz jeszcze przypomnieć należy, że końcowy ranking wskazuje wyraźną różnicę łącznej liczby punktów oceny za jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość pomiędzy Odwołującym a oferentem, którego oferta wybrana została w celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na terenie powiatu tureckiego.

Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom określonego terenu, w przypadku tego postępowania powiatu tureckiego, dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie prowadzą jednak do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Komisja wybrała zatem korzystniejszą ofertę.

Powyższe miała na uwadze komisja konkursowa podczas prowadzenia postępowania konkursowego nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01, co potwierdza zgromadzony w wyniku postępowania materiał dowodowy, z którym w dniu 18 września 2018 roku, zapoznał się Odwołujący.

W postępowaniu odwoławczym, którego podstawą jest art. 154 Ustawy, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu 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. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrzył się naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 o zawarcie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia uzależnień na obszarze powiatu tureckiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000442/PSY/04/1/04.1740.007.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca 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. 2018, poz. 1510 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 do 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 4 egz.:

1. Odwołujący: Jerzy Emil Ołás ul. Łąkowa 5a, 62-700 Turek.
2. Danuta Grochowska, ul. Dąbrowskiego 7, 62 - 700 Turek.
3. a/a.
4. a/a.

Opracowała: Anna Wicijewska