

WO-DP.422.94.2018

Poznań, dnia26 09. 2018

DECYZJA NR85.../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 roku Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257, ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 r. postępowania numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu krotoszyńskiego, wniesionego przez Joannę Marciniak prowadzącą działalność gospodarczą w ramach zakładu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Krotoszyńska Poradnia Zdrowia Psychicznego” w Krotoszynie (63-700), ul. Benicka 9, 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 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej: „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 roku, poz. 1980, ze zm.), ogłosił w dniu 4 lipca 2018 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000401/ PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu krotoszyńskiego.

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 254 336,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 3 (słownie: trzy).

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy o świadczeniach, w dniu 31 sierpnia 2018 r., 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 o świadczeniach.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach, 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 o świadczeniach.

Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, 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 o świadczeniach, 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 10 września 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Joannę Marciniak prowadzącą działalność gospodarczą w ramach zakładu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Krotoszyńska Poradnia Zdrowia Psychicznego” w Krotoszynie (63-700), ulica Benicka 9, zwaną dalej: „Odwołującą”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 r. postępowania w trybie konkursu ofert numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

Odwołująca w swoim odwołaniu zarzuca Komisji konkursowej, że placówka pomimo iż współpracuje z NFZ od ponad 18 lat, otrzymała propozycję wartości kontraktu na poziomie około 50% dotychczasowej kwoty. Według Odwołującej spowoduje to rażące ograniczenie jakości świadczeń, zwolnienie lub ograniczenie personelu oraz dostępności (wydłużenie kolejek) i to już od października 2018 r. Odwołująca podnosi, iż oczywistym jest, że będzie miało to poważne skutki z uwagi na specyfikę pacjenta psychiatrycznego, który przywiązuje się do lekarza czy terapeuty i źle reaguje na zmiany. W odwołaniu zarzuca również, że w tegorocznym konkursie premiovane były duże i nowoczesne placówki, co Odwołująca rozumie ale uważa, że zmiany powinny być ewolucyjne i dające możliwość wyboru dla pacjenta.

Wskazując na powyższe argumenty Odwołująca wnosi o zwiększenie wartości kontraktu.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą, pismami z dnia 12 września 2018 r. oraz z dnia 18 września 2018 r. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. ww. Odwołującą, pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, zwanego dalej: „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 zakresie terminu wydania decyzji na dzień 26 września 2018 r.

Do dnia 26 września 2018 r. z uprawnienia wglądu w akta sprawy nie skorzystała żadna ze stron postępowania administracyjnego.

Na skutek złożonego przez Odwołującą odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 r. postępowania o numerze 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu krotoszyńskiego, 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 numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania.

W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu krotoszyńskiego, oferty złożyli:

1. oferta numer: 15-18-000401[04/1]-0001/00 złożona przez oferenta: Urszulę Górą, Hannę Włodarczyk, współników spółki cywilnej Niepubliczny Zakład Podstawowej i Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej „KOL-MED” s.c. z siedzibą w Krotoszynie (63- 700), ul. Wojciechowskiego 3, zwanego dalej: „Zakład Lecznicy KOL-MED”;
2. oferta numer: 15-18-000401[04/1]-0002/00 złożona przez oferenta: Joannę Marciniak prowadzącą działalność gospodarczą w ramach zakładu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Krotoszyńska Poradnia Zdrowia Psychicznego” w Krotoszynie (63-700), ul. Benicka 9 (Odwołująca),
3. oferta numer: 15-18-000401[04/1]-0003/00 złożona przez oferenta: Marlenę Krzyśków-Szpoper prowadzącą działalność gospodarczą w ramach zakładu leczniczego NZOZ „PSYCHE” w Krotoszynie (63-700), ul. Mickiewicza 35, zwanego dalej: „NZOZ PSYCHE”.

Postępowanie numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dorosłych na obszarze powiatu krotoszyńskiego prowadzone było w szczególności w oparciu o przepisy:

- rozporządzenia 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.);

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372, ze zm.);
- 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.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 roku, poz. 1146, ze zm.);
- 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;
- zarządzenia Nr 30/2018/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 o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”;
- 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, (ze zm.);

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001. 02/01 w trakcie części jawnej postępowania wzywała dwóch oferentów do uzupełnienia braków formalnych oferty pod rygorem odrzucenia oferty, tj. Odwołującą oraz NZOZ PSYCHE. Powyższe braki zostały uzupełnione w terminie wskazanym przez komisję konkursową.

W trakcie części jawnej komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację u wszystkich oferentów. Żadna z ofert nie została odrzucona, wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem oferty 3 (słownie: trzech) oferentów.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie skutkowało dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalało na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy o świadczeniach 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: „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

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

I. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - równoważnik co najmniej 2 etatów (17,00 punktów);

- równoważnik co najmniej 1 etatu (7,00 punktów);
 - żaden z powyższych (0,00 punktów);
 - lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - równoważnik co najmniej 2 etatów (14,00 punktów);
 - równoważnik co najmniej 1 etatu (7,00 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
 - psycholog kliniczny [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - równoważnik co najmniej 1 etatu (7,00 punktów);
 - równoważnik co najmniej 1/4 etatu (4,00 punkty);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
 - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - pracownik socjalny – równoważnik co najmniej 30% czasu pracy poradni:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Realizacja wybranych świadczeń”:
- udokumentowana realizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - co najmniej 5% wizyt domowych lub środowiskowych z ogółu porad (1,00 punkt);
 - co najmniej 10% wizyt domowych lub środowiskowych z ogółu porad (2,00 punkty);
 - co najmniej 15% wizyt domowych lub środowiskowych z ogółu porad (3,00 punkty);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
- c) kategorii „Monitorowanie procesu psychoterapii”:
- superwizja psychoterapii – w lokalizacji:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- d) 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 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 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 w okresie 12 miesięcy poprzedzającym 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 poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (1,5 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- e) 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 (1,5 punktu);
 - nie (brak punktów);
- zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,5 punktu);
 - nie (brak punktów);

II. 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 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 (3,00 punkty);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);

III. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „Sposób wykonania umowy”:

- oferent realizuje umowę w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne dla dorosłych:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- oferent realizuje umowę w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- oferent realizuje umowę w zakresie przedmiotu postępowania leczenie środowiskowe (domowe) w ramach zespołu leczenia środowiskowego:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

IV. 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);

V. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- współpraca 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.:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

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

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

- podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz,
- ceną oczekiwaną przez Fundusz jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

$$A \begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = s \end{cases}$$

$$B \begin{cases} C_{of} \geq C_{min} \\ y_c = \frac{s(C_{maks} - C_{of})}{C_{maks} - C_{min}} \end{cases}$$

gdzie:

y_c - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,

C_{maks} - $1,1 \times C_{NFZ}$,

C_{min} - $0,9 \times C_{NFZ}$,

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

s – maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,

A – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} < C_{min}$,

B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} \geq C_{min}$.

Dnia 31 sierpnia 2018 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu krotoszyńskiego, wskazano 3 (słownie: trzech) oferentów, tj.:

- NZOZ PSYCHE,
- Zakład Lecznicy KOL-MED,
- Odwołującą.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 i zakwalifikowanych do części niejawniej postępowania konkursowego ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY										
(dane z oferty końcowej po negocjacjach, status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)										
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEN	CENA JEDN OSTKI ROZLI CZ. (ZŁ)	punktacja							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. Marlena Krzysków-Szpoper	Poradnia Zdrowia Psychicznego 63-700 Krotoszyn ul. Mickiewicza 35	8,00	1,5	8	0	3	3	0	15,5	TAK
2. Urszula Górna, Hanna Włodarczyk	Poradnia Zdrowia Psychicznego 63-700 Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3	8,00	1,5	3,5	0	5	3	0	13	TAK
3. Joanna Marciniak	Poradnia Psychiatryczna 63-700 Krotoszyn ul. Benicka 9	7,90	1,69	-1,5	0	4	3	0	7,19	TAK

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach 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 świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli numer 1 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, cz. 40. „Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych” oraz Tabeli numer 2 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - część wspólna” załącznika numer 4 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII formularza ofertowego „Ankiety” oferenci biorący udział w postępowaniu numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent: NZOZ PSYCHE

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował - lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii - „równoważnik co najmniej 2 etatów”; w wyniku weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową dokonano zmiany odpowiedzi na „równoważnik co najmniej 1 etatu”, co skutkowało przyznaniem **7,00 punktów**;
- nie zadeklarował lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik co najmniej 2 etatów, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie - psycholog kliniczny, udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarki w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie - pracownik socjalny – równoważnik co najmniej 30% czasu pracy poradni, udzielił odpowiedzi „tak” za co otrzymał **1,00 punkt**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- w punkcie udokumentowana realizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu psychoterapii:

- nie zadeklarował superwizji psychoterapii – w lokalizacji, za co nie otrzymał 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;
- zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, jednakże w wyniku weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową zmieniono odpowiedź na „nie”, 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;

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:

- zadeklarował realizację umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne dla dorosłych; jednakże w wyniku weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową zmieniono odpowiedź na „nie”, co nie skutkowało przyznaniem punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie środowiskowe (domowe) w ramach zespołu leczenia środowiskowego, 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**;
- zadeklarował, iż realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie „nieprzerwanie od 10 lat”, jednakże w wyniku weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową zmieniono odpowiedź na „nieprzerwanie od 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 NZOZ PSYCHE 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 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: Zakład Lecznicy KOL-MED

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował - lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii - „równoważnik co najmniej 1 etatu”; w wyniku weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową zmieniono odpowiedź na „żaden z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów;
- nie zadeklarował lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie - osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, udzielił odpowiedzi „żaden z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie - psycholog kliniczny udzielił odpowiedzi „równoważnik ½ etatu”, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- nie zadeklarował pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarki w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie - pracownik socjalny – równoważnik co najmniej 30% czasu pracy poradni, udzielił odpowiedzi „tak” za co otrzymał **1,00 punkt**;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- w punkcie udokumentowana realizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu psychoterapii:

- nie zadeklarował superwizji psychoterapii – w lokalizacji, za co nie otrzymał 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; w wyniku weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową zmieniono odpowiedź na „tak”, co skutkowało **odjęciem 1,50 punktu**;

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;

II. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował posiadanie na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 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 świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie środowiskowe (domowe) w ramach zespołu leczenia środowiskowego, 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**;
- zadeklarował, iż realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 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. 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 Zakład Lecznicy KOL-MED 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 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: Odwołująca

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- w punkcie - lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, udzielił odpowiedzi „żaden z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie - osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty udzielił odpowiedzi „żaden z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie - psycholog kliniczny udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarki w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował pracownika socjalnego – równoważnik co najmniej 30% czasu pracy poradni, za co nie otrzymał punktów;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- w punkcie udokumentowana realizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 3) kategoria 3. Monitorowanie procesu psychoterapii:
- nie zadeklarował superwizji psychoterapii – w lokalizacji, za co nie otrzymał 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; w wyniku weryfikacji prowadzonej przez komisję konkursową zmieniono odpowiedź na „tak”, co skutkowało **odjęciem – 1,50 punktu**;
- 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;

II. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował posiadanie na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie czas pracy poradni w tygodniu udzielił odpowiedzi „powyżej 36 godzin do 48 godzin łącznie”, za co nie otrzymał **2,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium kompleksowość – kategoria Sposób wykonania umowy:

- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji umowy w zakresie przedmiotu postępowania leczenie środowiskowe (domowe) w ramach zespołu leczenia środowiskowego, 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**;
- zadeklarował, iż realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie „nieprzerwanie od 10 lat”; na „nieprzerwanie od 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. 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 Odwołująca zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 7,90 zł za co otrzymał **1,69 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 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 przez Odwołującą dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 z dnia 31 sierpnia 2018 r. prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu krotoszyńskiego, wyjaśnić należy co następuje.

W ogłoszeniu z dnia 4 lipca 2018 r. ww. postępowania, Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu postępowania, zawrze maksymalnie trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie w ogłoszeniu wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 254 336,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r. O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja, jaką Odwołująca otrzymała za wszystkie wskazane kryteria ofert, a także punktacja, jaką uzyskali oferenci wybrani w rankingu oferty. Wybrano wszystkie złożone oferty.

W zakresie zarzutu podnoszonego przez Odwołującą, tzn. przyznania w trakcie postępowania konkursowego wartości kontraktu na poziomie 50% dotychczasowej kwoty 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 o świadczeniach i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Ocena oferty złożonej przez Odwołującą oraz przez pozostałe podmioty ubiegające się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym postępowaniu, została dokonana w oparciu o kryteria wynikające z ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia, na podstawie odpowiedzi udzielanych w ankiecie oraz informacji zgromadzonych w systemach informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, a także późniejszych wyjaśnień, składanych w trybie uzupełnienia braków formalnych. Udzielone wyjaśnienia przez Odwołującą oraz pozostałych oferentów biorących udział w postępowaniu numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 odpowiedzi na pytania ankietowe oraz przyznana liczna punktów zgodna ze szczegółowymi kryteriami oceny ofert określona w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały przytoczone we wcześniejszej części decyzji.

Oferta Odwołującej została prawidłowo oceniona pod względem deklarowanych odpowiedzi na pytania ankietowe oraz późniejszej jej weryfikacji, a punkty w ramach kryteriów niecenowych, tj. jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości, zostały przyznane zgodnie z udzielonymi odpowiedziami na pytania ankietowe VIII części formularza ofertowego. Zatem nie można komisji konkursowej prowadzącej postępowanie numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01, zarzucić nie uwzględnienia wykazanego w ofercie potencjału wykonawczego i pozycji oferty w rankingu oceny ofert. Nie sposób zatem stwierdzić, iż komisja konkursowa pominęła spełnianie przez Odwołującą określonych kryteriów i nie przyznała należytej punktacji. Niemniej jednak, komisja konkursowa mogła dokonać takiej oceny wyłącznie w oparciu o kryteria rankujące określone przez Ministra Zdrowia, nie zaś w oparciu o dowolne przesłanki. Obiektywizm dokonywanej oceny opiera się właśnie na stosowaniu tożsamyh kryteriów oceny względem każdego oferenta. Dokonując weryfikacji oceny wszystkich ofert zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie

stwierdził błędów w przyznaniu punktów oceny za poszczególne kryteria rankingujące. Porównanie wszystkich ofert złożonych w niniejszym postępowaniu nastąpiło również zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, bowiem komisja konkursowa nie zastosowała żadnych pozaustawowych kryteriów oceny względem któregośkolwiek oferenta.

Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, iż ustalona wartość kontraktu jest wynikiem przeprowadzonych negocjacji, w ramach których strony uzgodniły liczbę i cenę planowanych do wykonania świadczeń. Zauważyć przyjdzie, że ustawodawca przewidział pewną swobodę zamawiającego w ustalaniu propozycji do negocjacji oraz ostatecznego podziału środków finansowych dopuszczając możliwość prowadzenia negocjacji co do wartości kontraktu.

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 o świadczeniach, 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, ze 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 o świadczeniach 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 o świadczeniach, 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 Odwołującą negocjacje w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz w zakresie ceny zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, 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 Odwołująca 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 z dnia 29 sierpnia 2018 r. 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 Odwołującej 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 niejawną 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 Odwołująca oświadczyła w treści protokołu końcowego z negocjacji, że protokół ten zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny świadczeń.

W uzasadnieniu do powyższego zarzutu, biorąc pod uwagę ograniczone środki finansowe, jakimi dysponuje Fundusz, nie można uznać dokonanego podziału za krzywdzący. Jednocześnie należy pamiętać, iż dokonywany podział musi uwzględniać rachunek ekonomiczny oraz realnie umożliwić udzielanie przez podmiot, świadczeń opieki zdrowotnej w danym przedziale czasowym. Należy wskazać, że uzasadnione i zgodne z zasadą wyrażoną w art. 134 ustawy o świadczeniach 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 Odwołującej ilość punktów rozliczeniowych adekwatną do pozycji z rankingu z uwzględnieniem kryteriów niecenowych oraz potencjału wykonawczego zadeklarowanego w ofercie. Ponadto podkreślenia wymaga, iż w żadnym przypadku zaproponowana przez komisję wartość przyszłego kontraktu nie przekroczyła deklarowanej wartości oraz możliwości potencjału wskazanego w ofertach poszczególnych podmiotów.

Wyraźnie zaznaczyć należy, iż każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka była możliwa do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Każdego kogo wolą było zawarcie z Funduszem umowy ma prawo do zweryfikowania własnych zasobów i możliwości a także skonfigurowania oferty w sposób jak najbardziej dla siebie korzystny, umożliwiając uzyskanie najwyższej ilości punktów. Należy również podkreślić, iż zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Powyższe jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, eliminuje bowiem element subiektywny oceny dokonywanej przez komisję konkursową. Co więcej, poza zasadą jednolitości, powyższy przepis konstytuuje zasadę niezmienności kryteriów w toku prowadzonego postępowania.

Mając powyższe na uwadze zarzut dotyczący przyznania zbyt małych środków Odwołującej uznać należy za bezzasadny. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrył się naruszenia ww. przepisów prawa przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie numer 15-18-000401/PSY/04 /1/04.1700.001.02/01.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu Odwołującej dotyczącego naruszenia kwestii premiowania w tegorocznym konkursie dużych i nowoczesnych placówek nie dając możliwości wyboru dla pacjenta

należy wskazać co następuje. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadza konkursy w ramach ogłoszonych postępowań, dokonuje oceny ofert według jednolitych reguł, zasad i kryteriów. Art. 134 ustawy o świadczeniach stanowi, iż Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o czym była już mowa wcześniej.

Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu m.in. o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. 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 również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, który w uzasadnieniu do wyroku z dnia 27 lutego 2012 r. VI SA/Wa 1854/11 wskazał, iż: *„Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”*

W przedmiotowym postępowaniu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie stwierdził, aby wspomniana zasada została naruszona, zarówno w kontekście dokonanej oceny ofert, jak również podczas podziału środków finansowanych pomiędzy poszczególnych wybranych w toku postępowania konkursowego oferentów. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zasady na jakich dokonano rozdziału środków finansowych, zastosowaniu przyjętych reguł w trakcie przedmiotowego postępowania, zostały określone w sposób uwzględniający ocenę ofert według rankingu końcowego, a tym samym słuszny interes wszystkich oferentów. Wobec powyższego kolejny zarzut Odwołującej, jakoby komisja konkursowa w tegorocznym konkursie premiowała duże i nowoczesne placówki oraz błędnie dokonała podziału środków finansowych pomiędzy oferentów wybranych w postępowaniu konkursowym o numerze 15-18-000401/PSY

/04/1/04.1700.001.02/01, przyznając Odwołującej kontrakt na poziomie 50% należy uznać w całości za nieuzasadniony.

Ponadto podkreślenia wymaga, iż Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jako organ rozpatrujący odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, jest obowiązany do weryfikacji prawidłowości działania Komisji Konkursowej, co zostało dokonane w niniejszym postępowaniu administracyjnym.

Mając powyższe na względzie, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie znalazł podstaw do uwzględnienia odwołania i do dokonania ponownego podziału środków finansowych pomiędzy wybranych świadczeniodawców i przyznania Odwołującej większej wartości kontraktu. W oparciu o motywy wskazane w uzasadnieniu do rozpatrzonych w całości zarzutów Odwołującej stwierdzić należy, iż wartość przyznanych jej środków finansowych jest wartością maksymalną, ustaloną w oparciu o wartość zamówienia wskazaną w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym, jak również po uwzględnieniu oceny ofert wybranych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ujawnionej w rankingu końcowym do przedmiotowego postępowania.

W postępowaniu odwoławczym, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu naruszenia interesu prawnego Odwołujących 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 Odwołujących, 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 Odwołującej wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniu wniesionym przez Odwołującą nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 r. do dnia 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu krotoszyńskiego. 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 numer 15-18-000401/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej 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 (z)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach 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 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 6 egz.:

1. Odwołująca Joanna Marciniak 63-700 Krotoszyn; ul. Benicka 9;
2. Urszula Górna, Hanna Włodarczyk 63-700 Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3;
3. Marlena Krzyśków- Szpopier 63-700 Krotoszyn ul. Mickiewicza 35;
4. Marek Piotr Mastalierz 63-720 Koźmin Wielkopolski ul. Stary Rynek 12;
5. a/a – 2 egz.

Opracowała: Katarzyna Jesionkowska WOW NFZ.