

WO-DP.422.85.2018

Poznań, dnia 27. 09. 2018

DECYZJA NR ...~~88~~.../2018/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 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 świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne na obszarze województwa wielkopolskiego, wniesionego przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu (61-044) przy ul. Mogileńska 42 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, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 4 lipca 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 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 świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne na obszarze województwa wielkopolskiego.

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 169 824,00 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 2 (słownie: dwie).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 31 sierpnia 2018 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy.

Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone w dniu 7 września 2018 roku przez Zakład Opiekuńczo – Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 1515-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01. Odwołanie obarczone było brakiem formalnym, do usunięcia którego Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ wezwał pismem z dnia 10 września 2018 roku. Odwołujący w dniu 14 września 2018 roku uzupełnił brak formalny odwołania w terminie wskazanym przez organ, co pozwoliło nadać sprawie dalszy bieg.

Stwierdzić należy, iż odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne na obszarze województwa wielkopolskiego, Odwołujący wskazał, że Oferta Odwołującego nie została odrzucona w trakcie postępowania, a zatem można wnioskować, że spełniała wymogi formalne. Komisja konkursowa nie przesłała również żadnego zapytania, o czas pracy personelu czy inne warunki. Odwołujący przedstawił w ofercie nr: 15-18-000481 [04/1]-0002/00 wszystkie wymogi określone w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U.2013r poz.1386) oraz w *Zarządzeniu 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*. Rozstrzygnięcie

postępowania zdaniem Odwołującego narusza art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy, zgodnie z którym 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. Odwołujący zarzuca, że komisja konkursowa pominęła jego ofertę, dlatego wnosi o ponowne jej rozpatrzenie i powtórzenie konkursu w zakresie świadczeń dziennych psychiatrycznych geriatrycznych.

Nadto Odwołujący wskazuje, że rozstrzygnięcie postępowania numer 15-18-000481/PSY/04/1/04. 2704.020.02/01 z pominięciem jego oferty narusza art. 68 Konstytucji, w którym zapisane jest prawo do ochrony zdrowia w szczególności ust. 3, cyt.: „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”. Odwołujący podnosi, iż pacjenci oddziału dziennego psychiatryczno-geriatrycznego w Poznaniu zostali obecnie pozbawieni opieki. Ogłoszony konkurs obejmował obszarem całą Wielkopolskę, w rezultacie czego wybrano placówki z Gniezna, które spełniły warunki pod względem formalnym, ale równocześnie uniemożliwiono dostęp do świadczeń świadczeniobiorcom z innych subregionów Wielkopolski. Stoi to w sprzeczności z ust. 2 art. 68 Konstytucji, który jednoznacznie stwierdza, że „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (...).”

Dalej Odwołujący wskazuje, że oddział dzienny psychiatryczno-geriatryczny świadczy w/w usługi od ponad 6 lat, na mapie Poznania na stałe wpisał się w dostępne świadczenia dla osób powyżej 60 roku życia. W wyniku postępowania konkursowego został wykluczony z dalszego udzielania świadczeń, natomiast zostały wybrane dwie placówki z miasta Gniezna. Miasto to liczy 68 tys. mieszkańców, natomiast w Poznaniu wg oficjalnych danych zamieszkuje 538 tys. osób, z czego 126 tys. to osoby powyżej 65 roku życia. Zestawienie to zdaniem Odwołującego jasno ukazuje, że została wyraźnie ograniczona dostępność do świadczeń na terenie miasta Poznania i okolic.

Odwołujący podaje, że na oddział dzienny psychiatryczno-geriatryczny wg rozporządzenia Ministra Zdrowia przyjmowani są pacjenci powyżej 60-tego roku życia z przewlekłymi schorzeniami (w tym z zespołami otępiennymi) grożącymi utratą sprawności i samodzielności. Nie wymagają oni intensywnego leczenia szpitalnego, lecz łagodzenia objawów starzenia się, niezbędnej profilaktyki oraz wsparcia psychicznego i społecznego. Stan psychiczny tychże pacjentów, a także ich wiek i kondycja uniemożliwiają samodzielną dojazd do placówki, najczęściej są dowożeni i odbierani przez rodzinę bądź opiekunów. Decyzja WOW NFZ o zakontraktowaniu dwóch placówek w mieście oddalonym od Poznania o 50 km, w praktyce uniemożliwi rodzinom dowóz pacjenta na oddział. Według Odwołującego powyższe stanowi rażące ograniczanie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Odwołujący wskazał, iż w roku 2012 Centrum Inicjatyw Senioralnych przyznało oddziałowi wyróżnienie „Miejsce przyjazne seniorom”. Akcja objęta jest honorowym patronatem Prezydenta Miasta Poznania. Personel oddziału oraz pacjenci wielokrotnie brali udział w akcjach organizowanych przez CIS, a wyróżnienie to świadczy o zaufaniu, jakim pacjenci oraz ich rodziny darzą Zakład. Informacja o miejscach wyróżnionych jest dostępna na stronie Centrum Inicjatyw Senioralnych. Brak kontraktu zdaniem Odwołującego uniemożliwi dalsze świadczenie usług, co także pośrednio odbija się na ofercie Miasta Poznania skierowanej do seniorów.

Dalej Odwołujący podaje, iż Oddział świadczy usługi na wysokim poziomie, personel stale podnosi swoje kwalifikacje, w oddziale odbywają staże studenci pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Planowania Strategicznego oraz terapii zajęciowej i fizjoterapii z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, pacjenci biorą także udział w badaniach naukowych. W ciągu 6-letniej współpracy z WOW NFZ nie wpłynęła ani jedna skarga czy zażalenie na działalność oddziału.

Odwołujący wskazuje, iż obecnie na oddziale przebywa 14 osób, a w kolejce oczekujących zapisanych jest 9 osób. Mimo, że nie są to duże liczby, trzeba jednak zdaniem Odwołującego mieć na uwadze, że zgodnie z wpisem do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oddział posiada zaledwie 20 miejsc dziennego pobytu, a aktualnie zakontraktowanych jest 19 869 punktów, czyli aby zrealizować umowę z WOW NFZ przebywać musi statystycznie 8,5 pacjenta w miesiącu. Dalej Odwołujący podaje, że w roku 2015 z usług oddziału skorzystało 50 pacjentów, 2016 - 45 pacjentów, a w roku 2017- 54 pacjentów, średni czas pobytu na oddziale wynosi 54 dni robocze czyli około 2,5 miesiąca. Przedstawione liczby pokazują, że kontrakt jest realizowany w pełnej wysokości.

Odwołujący w swoim odwołaniu wskazał również, iż informacja o zakończeniu udzielania świadczeń przez oddział i jego możliwym zamknięciu zaskoczyła pacjentów oraz rodziny, którzy protestują przeciwko zaistniałej sytuacji. Do złożonego odwołania Odwołujący dołączył listy, które zostały przesłane do WOW NFZ.

W końcowej części odwołania Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania od rozstrzygnięcia postępowania.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów k.p.a., w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 27 września 2018 roku.

Z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący w dniu 24 września 2018 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania numer 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 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 świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne na obszarze województwa wielkopolskiego, 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 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 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 świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne na obszarze województwa wielkopolskiego, oferty złożyli:

- Odwołujący;
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie;
- Log – Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;

Postępowanie nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 ze zm.),
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),
4. Zarządzenie 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
5. Zarządzenie Nr 30/201/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2018 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy w wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem",
6. Zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienione zarządzeniem Nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r.,
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 ze zm.),

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała dwóch oferentów do uzupełnienia braków formalnych oferty pod rygorem odrzucenia oferty, tj. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie oraz Log – Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Powyższe braki formalne zostały uzupełnione w terminie wskazanym przez komisję konkursową. W trakcie części jawnej komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację u jednego oferenta, tj. Log – Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. W toku części jawnej nie została wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania żadna oferta.

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 oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku *w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, 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 - równoważnik co najmniej 1 etatu na 24 miejsca:
 - tak (20,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
- Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie geriatrii – w lokalizacji:
 - tak (15,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- Osoba prowadząca psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc:
 - tak (14,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- Psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc:
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak 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);

b) kategorii „Realizacja wybranych świadczeń”:

- Udokumentowana realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych 1) elektrofizjologicznych (EEG z możliwością zapisu całodobowego) – w lokalizacji 2); neuroobrazowych (CT, NMR) – w lokalizacji; 3) neuropsychologicznych (bateria testów) – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

c) kategorii „Monitorowanie procesu psychoterapii”:

- Superwizja psychoterapii – w lokalizacji:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

d) kategorii „Jakość – pozostałe warunki”:

- Świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

- zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
- zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
- e) 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 (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);

2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych:
 - tak (2,00 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);

3. 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);

4. Inne warunki oceniane – część wspólna:

- współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

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

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 31 sierpnia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne na terenie województwa wielkopolskiego wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

— Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie;

— Log – Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;

Ranking końcowy ofert w postępowaniu nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 kształtował się następująco:

Pozycja oferty w rankingu			Ocena oferty								
	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punkcja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów w ocenie	Decyzja o wybraniu oferty tak/nie
				jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
1	LOG-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY GERIATRYCZNY 62-200 GNIEZNO ul. UL. PUSTACHOWSKA 1	1,5	66	0	4	0	0	70	71,5	Tak
2	WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH "DZIEKANKA" IM. ALEKSANDRA PIOTROWSKIEGO W GNIEŹNIE	ODDZIAŁ PSYCHOGERIATRYCZNY DZIENNY 62-200 GNIEZNO ul. POZNAŃSKA 15	1,5	20	0	2	3	0	25	26,5	Tak
3	ZAKŁAD OPIEKUNCZO-LECZNICZY I REHABILITACJI MEDYCZNEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNO-GERIATRYCZNY 61-044 POZNAŃ-NOWE MIASTO ul. MOGILEŃSKA 42	1,5	1,5	0	2	3	0	6,5	8	Nie

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty Odwołującego, gdyż liczba punktów, jaką uzyskała jego oferta w toku oceny była mniejsza w stosunku do ofert wybranych w trakcie postępowania. Ponadto wybrane w toku postępowania oferty wyczerpały maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 i wyczerpały wartość zamówienia w sposób uniemożliwiający wybór kolejnej oferty w rankingu.

Podkreślić należy, że porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba punktów, która kwalifikowała ofertę do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne na terenie województwa wielkopolskiego to 26,5 punktów. I właśnie oferenci, których oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę punktów 26,5 zostali wskazani jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne.

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, cz. 35. „Przedmiot postępowania: Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne” i Tabeli nr 2 „Opieka psychiatryczna – część wspólna” załącznika nr 4 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz

przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 4 „Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach dziennych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Odwołujący.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1 etatu na 24 miejsca, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie geriatrii – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował osoby prowadzącej psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował psychologa klinicznego – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc, 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**.

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych 1) elektrofizjologicznych (EEG z możliwością zapisu całodobowego) – w lokalizacji 2); neuroobrazowych (CT, NMR) – w lokalizacji; 3) neuropsychologicznych (bateria testów) – w miejscu udzielania świadczeń, za co **nie otrzymał punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- nie zadeklarował superwizji psychoterapii – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych wyłącznie za pomocą wydruku, za co **nie otrzymał punktów**;

- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemu zarządzania – certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **otrzymał 1,50 punktu**;
 - nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
- 5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych, za co **otrzymał 2,00 punkty**;

- nie zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymał punktów**;

III. W zakresie kryterium ciągłość:

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

IV. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

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

W zakresie warunków wymaganych Odwołujący 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: Log – Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1 etatu na 24 miejsca, za co **otrzymał 20,00 punktów**;
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie geriatrii – w lokalizacji, za co **otrzymał 15,00 punktów**;
- zadeklarował osobę prowadzącą psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc, za co **otrzymał 14,00 punktów**;
- zadeklarował psychologa klinicznego – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc, za co **otrzymał 12,00 punktów**;
- zadeklarował pielęgniarkę specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co **otrzymał 5,00 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**.

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych 1) elektrofizjologicznych (EEG z

możliwością zapisu całodobowego) – w lokalizacji 2); neuroobrazowych (CT, NMR) – w lokalizacji; 3) neuropsychologicznych (bateria testów) – w miejscu udzielania świadczeń, za co **nie otrzymał punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- nie zadeklarował superwizji psychoterapii – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych wyłącznie za pomocą wydruku, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania – certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

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

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

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

III. W zakresie kryterium ciągłość:

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

IV. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

- V. W zakresie kryterium ceny oferent Log – Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 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: Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii - równoważnik co najmniej 1 etatu na 24 miejsca, za co **otrzymałby 20,00 punktów**, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej **dokonano zmiany odpowiedzi na NIE co skutkowało nie przyznaniem punktów**;
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie geriatrii – w lokalizacji, za co **otrzymał 15,00 punktów**;
- nie zadeklarował osoby prowadzącej psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc, za co **nie otrzymał punktów**;

- nie zadeklarował psychologa klinicznego – równoważnik co najmniej 1 etatu na 14 miejsc, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował pielęgniarkę specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co **otrzymał 5,00 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**.

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- nie zadeklarował udokumentowanej realizacji w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych 1) elektrofizjologicznych (EEG z możliwością zapisu całodobowego) – w lokalizacji 2); neuroobrazowych (CT, NMR) – w lokalizacji; 3) neuropsychologicznych (bateria testów) – w miejscu udzielania świadczeń, za co **nie otrzymał punktów**;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- nie zadeklarował superwizji psychoterapii – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;

4) kategoria 4. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych wyłącznie za pomocą wydruku, za co **nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował zewnętrzną ocenę – systemu zarządzania – certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **otrzymał 1,50 punktu**;
- nie zadeklarował zewnętrznej oceny – systemu zarządzania - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;

5) kategoria 5. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

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

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co **nie otrzymał punktów ujemnych**;
- zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co **otrzymał 1,50 punktu ujemnego**;

II. W zakresie kryterium dostępność:

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

III. W zakresie kryterium ciągłość:

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

IV. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

V. W zakresie kryterium ceny oferent Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie 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.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania Odwołującego dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 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 świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne wyjaśnić należy, co następuje.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia przez komisję konkursową art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy poprzez pominięcie oferty Odwołującego w wyborze najkorzystniejszej oferty pomimo spełnienia wszystkich wymogów formalnych oraz warunków wymaganych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* oraz w Zarządzeniu 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* wskazać na wstępie należy, iż fakt spełnienia wymogów formalnych oferty oraz wskazanych warunków realizacji świadczeń nie przesądzał jeszcze o wyborze oferty. Powyższe pozwalało na zakwalifikowanie oferty Odwołującego do kolejnego etapu postępowania konkursowego celem dokonania oceny i porównania ofert zgodnie z przyjętymi kryteriami oceny ofert zdefiniowanych dla przedmiotu postępowania nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w *sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*. Końcowym wynikiem tej oceny był ranking ofert, w którym łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów wynosiła 8, podczas gdy ostatnia z wybranych ofert złożonych przez oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne, otrzymała 26,5 punktów.

W tym miejscu wskazania wymaga, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 4 lipca 2018 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu ww. postępowania zawrze dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż dwie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne, i to z oferentami, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanych w rankingu końcowym oferentów wyczerpał liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01, zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne, w wyniku przeprowadzonego postępowania.

O miejscu w rankingu końcowym zdecydowała punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali oferenci wybrani w rankingu ofert. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przekroczenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

W tym miejscu przywołać należy brzmienie art. 142 ust. 7 Ustawy zgodnie, z którym komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. W myśl § 15 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Z kolei ust. 2 ww. przepisu wskazuje, że do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie ma obowiązku przeprowadzania negocjacji ze wszystkimi oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania konkursowego.

W oparciu o wskazane regulacje prawne oraz ekonomikę prowadzenia czynności w trakcie postępowania konkursowego, komisja konkursowa nie zapraszała na negocjacje oferentów w sytuacji gdy po dokonaniu oceny punktowej udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe i hipotetycznym przyznaniu ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny, oferta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane miejsce w rankingu ofert.

Odnosząc powyższe uwagi do oferty Odwołującego podkreślić należy, iż w niniejszej decyzji zostały przytoczone odpowiedzi ankietowe udzielone przez Odwołującego, jak i liczba punktów jakie zostały im przypisane. Zakładając, że w trakcie negocjacji prowadzonych w celu ustalenia liczby i ceny świadczeń Odwołujący zaproponowałby cenę uzasadniającą uzyskanie maksymalnej liczby punktów w zakresie kryterium ceny, mógłby wówczas otrzymać 3 punkty w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny. Ocena łączna oferty przedstawiałaby się następująco:

Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów w ocenie	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
			jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
ZAKŁAD OPIEKUNICZO-LECZNICZY I REHABILITACJI MEDYCZNEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNO-GERIATRYCZNY 61-044 POZNAŃ-NOWE MIASTO ul. MOGILEŃSKA 42	3	1,5	0	2	3	0	6,5	9,5	Nie

Dla przypomnienia wskazać należy, iż ostatnia oferta z wybranych ofert złożonych przez oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne, otrzymała 26,5 punktów. Zatem w świetle powyższych wyliczeń należy jednoznacznie stwierdzić, iż gdyby Odwołujący został

zaproszony na negocjacje dotyczące ustalenia ostatecznej ceny i liczny planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, i nawet gdyby w zakresie kryterium ceny uzyskałby maksymalną ilość punktów, jego oferta i tak nie zostałaby wybrana. Tym samym zarzut pominięcia oferty Odwołującego w wyborze oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania konkursowego nr 15-18-000481/PSY/04/ 1/04.2704.020.02/01 uznać należy za chybiony.

Za chybiony należy również uznać kolejny zarzut Odwołującego związany naruszeniem art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1992 roku (Dz. U. 1997 Nr 78, poz. 483 ze zm., dalej jako Konstytucja RP). Wyjaśnić należy, iż adresatami norm wyrażonych w przywołanym przez Odwołującego przepisie ustawy zasadniczej są przede wszystkim władze publiczne z władzą prawodawczą na czele.

Podstawy konstytucyjne wyznaczające kierunki i cele polityki państwa w dziedzinie opieki zdrowotnej mają charakter typowych norm celowych o charakterze programowym i są skierowane w pierwszej kolejności do ustawodawcy. W odniesieniu do wyznaczonego konstytucyjnie standardu zasad dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prawodawca konstytucyjny zastrzegł jedynie, że dostęp ten ma być „równy” dla wszystkich obywateli i „niezależny” od ich sytuacji materialnej, a warunki i zakres udzielania tego rodzaju świadczeń ma wyznaczać ustawodawstwo zwykłe, z tym zastrzeżeniem, że pewnym kategoriom podmiotów powinna zostać zapewniona „szczególna opieka zdrowotna”.

W aktualnym stanie prawnym na poziomie ustawowym polityka państwa w dziedzinie opieki zdrowotnej jest realizowana przede wszystkim na podstawie ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest to ustawa bazowa, która wyznacza ogólne podstawy formalno-ustrojowe i materialne konkretyzacji oraz realizacji konstytucyjnego prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższy akt jest uzupełniany lub modyfikowany przez ustawy szczególne, które współkształtują zakres podmiotowy lub zakres przedmiotowy prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapewnia przede wszystkim wykonanie nakazu art. 68 ust. 2 zdanie 2 Konstytucji RP – stanowiącego istotny element prawa do ochrony zdrowia – zagwarantowania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od sytuacji materialnej obywateli. Ustawa precyzuje formy i warunki finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a pośrednio z uwagi na znaczny udział środków publicznych w działaniu całego systemu ochrony zdrowia – wpływa na rzeczywisty poziom ochrony zdrowia. Ustawa ta wprowadza zasadę, wyrażoną w jej art. 132 ust. 1 i 4, zgodnie z którą podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest wyłącznie umowa o udzielanie tych świadczeń, do której zawarcia stosuje się tryb określony w ustawie. Świadczenia nieokreślone w umowie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie, w tym w stanach nagłych (art. 19 ust. 4 Ustawy).

Równy dostęp do świadczeń oznacza ograniczenie wszelkich barier wynikających z kryteriów pozamedycznych, a nie tylko uniezależnienie dostępu od stopnia zamożności obywateli. Ustrojodawca wskazał, iż warunki i zakres tych świadczeń powinny być określone w drodze ustawowej. Aktualnie wypełnienie tej delegacji nastąpiło również poprzez ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Określa ona bowiem zarówno zakres podmiotów uprawnionych do tych świadczeń (tzw. świadczeniobiorców), jak i rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasady ich finansowania i przyznawania.

Z konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia nie wynikają konkretne roszczenia o udzielenie świadczenia zdrowotnego. Konstytucja RP, statuując prawo obywatela do ochrony zdrowia i pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, wskazuje równocześnie, że zakres i formy tego zabezpieczenia określa ustawa (wyr. WSA w Warszawie z 5.12.2007 r., VIII SA/WA 542/07, Legalis).

Nadto w orzecznictwie sądowym konsekwentnie podnosi się, iż regulacje zawarte w art. 68 Konstytucji RP nie stanowią podstawy dochodzenia konkretnych roszczeń. Zakres i warunki dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych regulują bowiem ustawy. Dopiero naruszenie ich postanowień uprawnia podmiot do uruchomienia ochronnych instrumentów prawnych.

Wobec powyższego nie sposób dopatrywać się naruszenia przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie konkursowe w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne naruszenia art. 68 Konstytucji RP poprzez niewybranie oferty Odwołującego. Wskazany zaś przez Odwołującego zarzut naruszenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 oraz zasady uczciwej konkurencji wyrażonych w art. 134 ust 1 Ustawy został już omówiony w niniejszej decyzji.

Za niezasadny należy uznać również zarzut ograniczenia dostępności do świadczeń poprzez ogłoszenie postępowania konkursowego w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne na obszar terytorialny: województwo i wybranie dwóch placówek zlokalizowanych w mieście Gniezno. Wskazać należy, iż określając obszar kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej i wartość zamówienia istotne znaczenie miały dokonane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ analizy geograficznego rozlokowania podmiotów leczniczych na obszarze Wielkopolski, liczba i wartość zawartych umów w I półroczu 2018 r., ocena zabezpieczenia dostępu do świadczeń, poziom zabezpieczenia świadczeń w Wielkopolsce na tle innych oddziałów wojewódzkich, ocena wartości jednostek rozliczeniowych obowiązujących w tutejszym Oddziale Wojewódzkim NFZ na tle kraju oraz wielkość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w planie finansowym na rok 2018. Wynik tych analiz przesądził o braku możliwości zakontraktowania rozpatrywanych świadczeń na obszarze terytorialnym mniejszym niż województwo, co potwierdza chociażby fakt, iż na tak ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęły wyłącznie trzy oferty złożone przez świadczeniodawców zlokalizowanych na terenie miasta Gniezna i Poznania. W tym miejscu ponownie podkreślić trzeba, iż o wyborze najkorzystniejszej oferty zadecydowało miejsce w rankingu końcowym jakie uzyskały oferty złożone w rozpatrywanym postępowaniu konkursowym w dokonywanej ocenie punktowej zgodnie z kryteriami oceny ofert określonymi 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*.

Podnoszony przez Odwołującego argument dotyczący realizacji świadczeń od ponad 6 lat znalazł swoje odzwierciedlenie w twierdzących odpowiedziach udzielonych na pytania ankietowe zawarte w VIII części formularza ofertowego – Ankieta w zakresie kryterium ciągłości i skutkowały przyznaniem dodatkowych punktów rankingujących w dokonywanej przez komisję konkursową ocenie punktowej ofert. Argument dotyczący braku skarg czy zażaleń na działalność oddziału dziennego psychiatryczno - geriatrycznego pośrednio skutkował nieprzyznaniem ujemnych punktów w zakresie kryterium jakości w kategorii wyniki kontroli i inne nieprawidłowości.

Odnosząc się do argumentu Odwołującego dotyczącego świadczenia usług na wysokim poziomie przez personel stale podnoszący swoje kwalifikacje, wskazać należy, iż wykazany o ofercie personel oraz jego kwalifikacje poddawane są ocenie przez komisję konkursową w ramach kryterium oceny ofert: jakość w kategorii personel. Co istotne, Odwołujący nie zadeklarował spełnienia żadnego

z warunków przypisanych do tej kategorii czego wyrazem było udzielenie negatywnych odpowiedzi na wszystkie pytania ankietowe określone w VIII części formularza ofertowego rozdział 1 kategoria personel, co wiązało się z nie przyznaniem punktów rankingujących. W zakresie kryterium jakości Odwołujący zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością za co uzyskał punkty w ocenie punktowej oferty.

Odnosząc się do pozostałych argumentów przytoczonych w odwołaniu, a dotyczących poziomu realizacji dotychczasowej umowy w zakresie będącym przedmiotem rozpatrywanego postępowania konkursowego, przyznania dodatkowych wyróżnień („Miejsce przyjazna seniorom”), odbywania staży studentów pielęgniarstwa oraz terapii zajęciowej fizjoterapii czy brania udziału pacjentów w badaniach naukowych, wyjaśnić należy, iż wskazane przez Odwołującego kwestie nie stanowiły kryterium oceny ofert bowiem takie kryteria nie zostały ujęte w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w *sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

W tym miejscu wskazać należy, iż jak stanowi 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. 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.

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 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*. W niniejszym postępowaniu jak już wcześniej wskazano jest to załącznik numer 4 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”.

Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert m. in. w oparciu 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.

Nadto taki sposób postępowania eliminuje element subiektywny działania komisji, jakim byłoby stosowanie do niektórych oferentów dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Przestrzeganie zasady równego traktowania wszystkich oferentów nie pozwala na stosowanie w toku prowadzonego postępowania konkursowego innych kryteriów aniżeli określone w tabelach nr 1 i 2 załącznika nr 4 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w *sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 podlegała identycznym kryteriom oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków.

Odnosząc się do załączonych do odwołania pism pacjentów oraz ich rodzin dotyczących dalszego funkcjonowania ośrodka prowadzonego przez Odwołującego wskazać należy, że udzielenie na nie odpowiedzi wykracza poza przedmiot prowadzonego postępowania administracyjnego wszczętego wskutek wniesionego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01, bowiem ten ograniczony jest do badania naruszenia interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Zatem przedmiot badania organu jest 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.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że w trakcie prowadzonego postępowania nr 15-18-000481/PSY/04/1/04.2704.020.02/01 o zawarcie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie.

Uwzględniając całość dokumentacji i treść złożonego odwołania, nie stwierdzono naruszenia zasad prowadzenia postępowania przez komisję konkursową, które miałyby wpływ na interes prawny Odwołującego w związku z powyższym nie ma podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
... Hanna Philips

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 r., 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 5 egz.:

1. Odwołujący: Zakład Opiekuńczo – Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej SP ZOZ, ul. Mogileńska 42, 61-044 Poznań;
2. Log – Med sp. z o.o., ul. Graniczna 1b, 62-200 Gniezno;
3. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie, ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno;
4. a/a – 2 egz.

Opracowała: Agnieszka Burwiel, WOW NFZ.