

WO-DP.422.86.2018

Poznań, dnia 28-09-2018

DECYZJA NR 32/2018/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 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 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 psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu wrzesińskiego, wniesionego przez spółkę Przychodnia Primadent spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrzesni (62 – 300) przy ul. Sądowej 6, 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 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 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 psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu wrzesińskiego.

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 80 696,00 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.

Dnia 7 września 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu wpłynęło odwołanie wniesione przez spółkę Przychodnia Primadent Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą we Wrześni (62 - 300) przy ul. Sądowej 6 (zwaną dalej: „Odwołującym”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000418/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, Odwołujący zarzuca Komisji Konkursowej naruszenie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności zasady równego traktowania wszystkich oferentów i zasady uczciwej konkurencji wynikających z art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, poprzez dokonanie wyboru ofert podmiotów w oparciu o niepełną, nierzetelną i nieprawidłową ocenę spełnianych przez nie wymogów w kontekście zasad wynikających z rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, co przejawiało się m. in. w nieprzeprowadzeniu z Odwołującym negocjacji, co naruszyło ww. zasady prowadzenia postępowania. Ponadto Odwołujący wniósł o udostępnienie akt postępowania do wglądu oraz o przeprowadzenie z nim postępowania w trybie rokowań.

W uzasadnieniu odwołania Odwołujący powołał się dodatkowo na art. 142 ust. 6 Ustawy, w myśl którego komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i/lub ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Tymczasem Odwołujący nie miał – jego zdaniem – realnej możliwości przeprowadzenia z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu negocjacji, bowiem nie został na nie zaproszony.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 12 września 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej: „k.p.a.”, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 25 września 2018 roku.

Z uprawnień wglądu w akta sprawy w dniu 19 września 2018 r. skorzystała spółka Cedromed Sp. z o.o. reprezentowana przez Panią Katarzynę Męską Sp. z o.o., natomiast w dniu 21 września 2018 r. z rzeczowego uprawnienia skorzystał Odwołujący Primadent Sp. z o.o. reprezentowany przez p. Tomasza Adama.

Następnie, w dniu 25 września 2018 roku, wpłynęło uzupełnienie odwołania złożone przez Odwołującego Primadent Spółka z o.o. reprezentowanego przez radcę prawnego Bartosza Pawelczyka.

W złożonym uzupełnieniu odwołania Odwołujący zaznacza, że zapoznał się z aktami przedmiotowego postępowania konkursowego. W wyniku analizy dokumentacji zgromadzonej w udostępnionych aktach uwagę oferenta zwrócił sposób rozstrzygnięcia przez Komisję Konkursową sprawy dotyczącej wezwania przez Komisję Oferenta „Cedromed Sp. z o.o.” z dnia 20 lipca 2018 roku do usunięcia braków formalnych, pod rygorem odrzucenia oferty, w szczególności poprzez podpisanie oferty przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta – formularz ofertowy strony od 1 do 26 oraz dokumentów dołączonych do oferty od strony 27 do 111.

W odpowiedzi na ww. wezwanie do uzupełnienia braków formalnych Oferent Cedromed Sp. z o.o. pismem z dnia 24 lipca 2018 roku poinformował Komisję Konkursową, w szczególności, że przekazuje podpisaną ofertę przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta. Jak wynika z dalszych dokumentów znajdujących się w aktach postępowania konkursowego, komisja konkursowa uznała powyższe uzupełnienie braków formalnych za prawidłowe, skutkiem czego oferta nie została odrzucona.

W ocenie Odwołującego, uznanie przez komisję konkursową, że oferent Cedromed sp. z o.o. jest w stanie naprawić (konwalidować) ewidentny błąd formalny w postaci złożenia oferty niepodpisanej przez wszystkie osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu, stanowiło naruszenie przepisów Ustawy. Zdaniem Odwołującego, zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 5 Ustawy odrzuca się ofertę, jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów. Niewątpliwie, jego zdaniem, biorąc pod uwagę art. 205 ust. 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1577) – za nieważną należy uznać ww. czynność prawną, tj. ofertę złożoną przez „Cedromed Sp. z o.o.”, bowiem została ona dokonana z naruszeniem zasad reprezentacji łącznej. Niedopuszczalne jest zatem, zdaniem Odwołującego, sanowanie takiej czynności.

Odwołujący przywołał ponadto przykład, gdy w innym postępowaniu konkursowym Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu uznał za niedopuszczalne przedłożenie przez oferenta oświadczenia obejmującego uprawnienie NFZ do kontroli podwykonawcy, złożonego wskutek wezwania przez komisję konkursową, lecz datowanego na dzień przypadający po końcowym dniu składania ofert, właśnie z uwagi na to, że podpis pod takim dokumentem powinien być zostać złożony z datą przed końcowym dniem składania ofert.

Podsumowując, zdaniem Oferenta, oferta złożona przez Cedromed Sp. z o.o. zawierała braki powodujące jej nieważność na mocy odrębnych przepisów, co winno skutkować jej odrzuceniem na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 5 Ustawy. Jednocześnie Oferent podnosi, że zgodnie z art. 155 ust. 2 Ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta

podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w art. 149 ust. 1 pkt 1 i 3-8.

W dniu 26 września 2018 r. wpłynęło do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu pismo Oferenta Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z o.o. zawierające w załączeniu stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie interpretacji przez komisję konkursową pytania ankietowego 2.1.1 PSY_40 części VIII Formularza Ofertowego. Mając na uwadze powyższe stanowisko Oferent Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o. wnosi o skorygowanie oceny złożonej przez Niego oferty.

W związku z koniecznością odniesienia się do zarzutów podniesionych w uzupełnieniu odwołania złożonego przez Odwołującego Primadent Sp. z o.o. reprezentowanego przez radcę prawnego Bartosza Pawelczyka, które wpłynęło 25 września 2018 roku oraz do pisma Oferenta Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o., niemożliwym stało się wydanie przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia decyzji w sprawie w określonym pierwotnie terminie, tj. w dniu 26 września 2018 roku. Z uwagi na powyższe, pismami z dnia 26 września 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, iż nowy termin załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji określa się na dzień 28 września 2018 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania numer 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 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 psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu wrzesińskiego, 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 15-18-000418/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 nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 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 psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu wrzesińskiego, złożone zostały 3 oferty:

1. oferta numer: 15-18-000418[04/1]-0001/00 złożona przez Oferenta Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Piastów 16, 62 – 300 Września;

2. oferta numer: 15-18-000418[04/1]-0002/00 złożona przez Oferenta Przychodnia Primadent Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Sądowa 6, 62 – 300 Września;
3. oferta numer: 15-18-000418[04/1]-0003/00 złożona przez Oferenta Cedromed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Warszawska 145/3, 61 – 041 Poznań.

Postępowanie nr 15-18-000418/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 prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku, 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 r., 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 dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami);

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty jednego oferenta oraz przeprowadziła weryfikację u jednego oferenta. Wszystkie braki formalne

zostały uzupełnione. Komisja konkursowa, po sprawdzeniu spełniania zadeklarowanych warunków przez Oferenta Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z o.o., ul. Piastów 16, 62 – 300 Września, stwierdziła niespełnienie zadeklarowanego w ofercie numer 15-18-000418[04/1]-0001/00 warunku dodatkowo ocenianego lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii – równoważnik co najmniej 1 etatu i na podstawie oświadczenia oferenta wprowadziła zmiany w odpowiedzi ankietowej. Oferent nie zgodził się z taką decyzją komisji konkursowej i pismem z dnia 27 sierpnia 2018 roku złożył protest. Protest został oddalony, o czym oferent został powiadomiony pismem z dnia 29 sierpnia 2018 roku. W tym samym dniu, ogłoszenie o rozstrzygnięciu protestu zostało zamieszczone także na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Żadna z ofert nie została wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano zatem 3 (słownie: trzech) oferentów, jako spełniających wymagane warunki.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego 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 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

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

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - równoważnik co najmniej 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”:
- supervizja 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);
- 2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:
 - na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

- odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - czas pracy poradni 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);
3. 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);
4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy [jedna odpowiedź do wyboru]:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);

- proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (4,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
5. Inne warunki oceniane – część wspólna:
- współpraca z Agencją – 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.:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 3,00 punkty).
- 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 x C_{NFZ} ,

C_{min} - 0,9 x 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 15-18-000418/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 wrzesińskiego, wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

- Cedromed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Warszawska 145/3; 61 – 041 Poznań;
- Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Piastów 16; 62 – 300 Września.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego Primadent Sp. z o.o. z powodu uzyskania najmniejszej ilości punktów w wyniku przeprowadzonej oceny ofert oraz wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01, 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 JEDNO STKI ROZLI CZ. (ZŁ)	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. Cedromed Sp. z o.o.	ul. Opieszyn 10; 62 – 300 Września	8,00	1,5	15,50	5,00	5,00	3,00	0,00	30,00	TAK
2. Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z o.o.	ul. Piastów 16; 62 – 300 Września	8,00	1,5	6,50	0,00	5,00	3,00	0,00	16,00	TAK
3. Przychodnia Primadent Spółka z o.o.	ul. Sądowa 6 62 – 300 Września	8,00	1,5	5,50	0,00	4,00	0,00	0,00	11,00	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, cz. 40. „Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych” oraz Tabeli nr 2 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - część wspólna” załącznika nr 4 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” do rozporządzenia 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 nr 15-18-000418/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: Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z o.o.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

- w punkcie lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii udzielił odpowiedzi „równoważnik co najmniej 1 etatu”, jednakże w wyniku weryfikacji odpowiedzi przeprowadzonej przez komisję konkursową, dokonano zmiany w odpowiedzi ankietowej na „żadne 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 prowadzącą psychoterapię lub osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, **za co nie otrzymał punktów**;
- w punkcie psycholog kliniczny udzielił odpowiedzi „równoważnik co najmniej 1/2 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**;
 - zadeklarował pracownika socjalnego – równoważnik co najmniej 30% czasu pracy poradni, **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, **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 otrzymał 1,50 punktu;**
- 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**;
- w punkcie w dniu złożenia oferty, oferent 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, **za co otrzymał 2,00 punkty**;

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 Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o., z siedzibą w Lesznie 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.

Odwolujący: Primadent Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Sądowa 6, 62 – 300 Września

I. W zakresie kryterium jakości:

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;**
- zadeklarował pracownika socjalnego – równoważnik co najmniej 30% czasu pracy poradni, **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, **co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;**

5) Jakość – pozostałe warunki:

- zadeklarował, iż świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co otrzymał 3,00 punkty**;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 1,50 punktu**;
- 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**;
- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, **za co otrzymał 2,00 punkty**;
- w punkcie czas pracy poradni w tygodniu udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych odpowiedzi”, **za co nie otrzymał punktów**;

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:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, **za co nie otrzymał punktów**;
- w punkcie w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy

postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”,
za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 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, Odwołujący Primadent Spółka z o.o. ul. Sądowa 6, 62 – 300 Września zaofertował 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: Cedromed Sp. z o.o., ul. Warszawska 145/3, 61 – 041 Poznań

I. W zakresie kryterium jakości:

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 „równoważnik co najmniej 1 etatu”, **za co otrzymał 7,00 punktów;**
- w punkcie psycholog kliniczny udzielił odpowiedzi „równoważnik co najmniej ½ etatu”, **za co otrzymał 4,00 punkty;**
- 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**;
 - zadeklarował pracownika socjalnego – równoważnik co najmniej 30% czasu pracy poradni, **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;**
 - 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;**
- 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-sanitarne 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 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**;
- zadeklarował realizację umowy w zakresie przedmiotu postępowania świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, **za co otrzymał 5,00 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 w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, **za co otrzymał 2,00 punkty**;

V. 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 Cedromed Sp. z o.o., ul. Warszawska 145/3, 61 – 041 Poznań 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 kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego w treści złożonego odwołania dotyczących rozstrzygnięcia postępowania o nr 15-18-000418/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 w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu wrzesińskiego, wyjaśnić należy co następuje.

W kwestii naruszenia zasady równego traktowania wszystkich oferentów i zasady uczciwej konkurencji konieczne jest poczynienie poniższych wyjaśnień.

Zgodnie z art. 134 Ustawy, 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 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 niniejszym postępowaniu 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” do ww. rozporządzenia. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert 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 sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena ofert poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja konkursowa 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.”.

Tezę powyższą podziela Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z tym, omawiany zarzut Odwołującego należy uznać w całości za nieuzasadniony.

W odniesieniu do zarzutu braku przeprowadzenia negocjacji z Odwołującym Primadent Sp. z o.o., należy stwierdzić, że zgodnie z art. 142 ust. 6 i 7 Ustawy, komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej; 2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, przy czym komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Przepisy te doprecyzowane są w § 15 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.

Należy przede wszystkim odnieść się do literalnego brzmienia art. 142 ust. 6 i 7 ustawy, zgodnie z którym komisja w części niejawnej konkursu „może” przeprowadzić negocjacje z oferentami. „Obowiązek” ich przeprowadzenia wynika z kolei z ust. 7 i dotyczy konieczności przeprowadzenia negocjacji z co najmniej dwoma oferentami w przypadku, gdy w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Z regulacji tych wynika, że decyzja o przeprowadzeniu negocjacji podejmowana jest przez komisję konkursową. Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 miała zatem ustawowy obowiązek przeprowadzenia negocjacji z co najmniej dwoma oferentami. Z kolei 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 i odwoływania 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 w myśl ust. 2 ww. przepisu do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych.

W tym miejscu należy ponownie zaznaczyć, że komisja konkursowa, przeprowadzając określone postępowanie w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dysponuje określoną wartością przedmiotu zamówienia dla przyjętego okresu rozliczeniowego. W związku z tym, po otwarciu złożonych w postępowaniu konkursowym ofert oraz podliczeniu punktów uzyskanych za każde z ocenianych kryteriów, z wyłączeniem kryterium cenowego oferenci kwalifikowani są do przeprowadzenia negocjacji, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. W ogłoszeniu postępowania nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 określona została jednakże również maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania i wynosiła ona 2 (słownie: dwie). W związku z tym ostateczna decyzja

o przeprowadzeniu negocjacji z danym oferentem należała do komisji konkursowej, ponieważ to ona ustaleniem warunków finansowych z dwoma oferentami, którzy zajęli 1 i 2 miejsce w rankingu ofert bez uwzględnienia kryterium ceny, rozdysonowała środki przeznaczone na przedmiot zamówienia. Należy przy tym mieć na uwadze treść § 15 ust. 7 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, zgodnie z którym ustalenie w procesie negocjacji ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. W związku z tym fakt spełnienia warunków koniecznych do zawarcia i realizacji umowy wcale nie przesądza o obowiązku komisji konkursowej zaproszenia danego oferenta na negocjacje, nawet samo przeprowadzenie skutecznych negocjacji nie stanowi wszak gwarancji późniejszego zawarcia umowy z danym oferentem. Komisja konkursowa w toku całego postępowania musi mieć na uwadze ograniczoną ilość środków finansowych, którymi dysponuje na zakup świadczeń, a ponadto – jak w przypadku postępowania nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 – maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania. Negocjacje elementem konkursu ofert, a w interesie Ubezpieczonych leży zawarcie umów z oferentami, którzy złożyli najlepsze oferty i zakup jak największej ilości świadczeń opieki zdrowotnej danego rodzaju.

Zgodnie z § 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 i odwoływania 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 zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia. W myśl zaś ust. 2 przywołanego paragrafu do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkim oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania konkursowego. Zgodnie z rankingiem ofert ustalonym przy uwzględnieniu kryteriów niecenowych oferta Odwołującego Primadent Sp. z o.o. zajęła pozycję ostatnią, w związku z czym nie została zakwalifikowana do negocjacji (stąd jej status kwalifikacji do negocjacji „NIE”). Stało się tak z uwagi na wyczerpanie limitu maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, która wynosiła 2 (słownie: dwie), jak i z uwagi na wyczerpanie kwoty zamówienia określonej dla postępowania nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01. Nawet przy tym, gdyby oferta Odwołującego Primadent Sp. z o.o. stała się przedmiotem skutecznych negocjacji i uzyskałaby w związku z tym maksymalną liczbę punktów oceny za kryterium ceny, a więc 3, nie wpłynęło by to na jej pozycję

w rankingu końcowym w sposób, który zapewniłby zawarcie z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych. Istotna okazała się mniejsza liczba punktów oceny jego oferty w stosunku do ostatniej oferty z rankingu końcowego oferenta, co do którego podjęto decyzję o wybraniu jego oferty do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie.

Ustosunkowując się z kolei do wniosku Odwołującego Primadent Sp. z o.o. o przeprowadzenie rokowań, trzeba mieć na uwadze, że zgodnie z przepisem art. 154 ust. 7 Ustawy dopiero „w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie”. W sprawie nie występują natomiast przesłanki zastosowania powyższego przepisu.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego sformułowanego w uzupełnieniu odwołania w dniu 25 września 2018 r. wyjaśnić należy, co następuje. Oferta Oferenta Cedromed sp. z o.o. zawierała część dokumentów podpisanych przez jedną z osób uprawnionych do reprezentowania tego oferenta. Część dokumentów, jak np. oznaczenie oferty czy też oświadczenie oferenta o wpisach do rejestru zostały podpisane zgodnie z zasadą reprezentacji spółki.

Z treści przepisu art. 142 ust. 2 Ustawy wynika, że ustawodawca zastrzegł, iż ofertę sporządza się w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności. Ponadto § 13 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami) ofertę sporządza się, pod rygorem nieważności, w sposób określony w § 10 zarządzenia, w języku polskim. Z kolei, jak wynika z § 10 ww. zarządzenia oferent obowiązany jest złożyć ofertę w formie pisemnej oraz w formie elektronicznej, przy czym oferta w formie pisemnej obejmuje: 1) wydruk formularza ofertowego, zgodny z jego postacią elektroniczną, opatrzone na każdej stronie tego wydruku kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania oferenta, zgodnymi z wzorami podpisów, zamieszczonymi w tabeli określonej w załączniku nr 6 do tego zarządzenia; 2) dokumenty i oświadczenia określone w § 14 tego zarządzenia.

W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, w myśl art. 149 ust. 3 Ustawy komisja konkursowa wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Treść przepisu art. 149 ust. 3 Ustawy zobowiązuje zatem komisję konkursową do wezwania Oferenta do usunięcia braków w każdym przypadku, gdy komisja konkursowa stwierdzi, że w złożonej ofercie brakuje wymaganych dokumentów lub też oferta ta zawiera braki formalne. Innymi słowy, skoro w § 10 ww. zarządzenia zawarto elementy jakie musi

zawierać oferta, a złożona w konkursie oferta któregoś z tych elementów nie zawiera, obowiązkiem komisji jest wezwanie świadczeniodawcy do usunięcia braków.

Z uwagi na powyższe komisja konkursowa, zgodnie z art. 149 ust. 3 Ustawy wezwała Oferenta Cedromed Sp. z o.o. do uzupełnienia braków formalnych oferty.

Należy wskazać, że w oparciu o dorobek orzecznictwa i doktryny za brak formalny należy uznać np. brak podpisu pod częścią dokumentu. Mając na uwadze powyższe, zaistniały przesłanki do wezwania Odwołującego do uzupełnienia braków formalnych oferty pod rygorem jej odrzucenia. W sytuacji, gdyby Oferent nie zastosował się do wezwania, zaktualizowałaby się podstawa do odrzucenia oferty. Komisja konkursowa nie miała podstaw do uznania, iż oferta Oferenta jest nieważna, co miałoby miejsce, gdyby złożone zostały podpisy osób nieuprawnionych do reprezentowania Oferenta.

Odnosząc się z kolei do pisma wniesionego przez Oferenta Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o. zawierającego stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie interpretacji przez komisję konkursową pytania ankietowego 2.1.1 PSY_40 części VIII Formularza Ofertowego, koniecznym jest wskazanie, że rzeczzone stanowisko sformułowane dnia 20 września 2018 r. nie zmienia jego sytuacji prawnej. W sprawie nie doszło nawet do hipotetycznego uszczerbku interesu prawnego Oferenta Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o. wybranego wszak rozstrzygnięciem postępowania nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W postępowaniu odwoławczym, którego podstawą jest art. 154 Ustawy, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 o zawarcie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych na obszarze powiatu wrzesińskiego. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000418/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych

kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ


Z-ca Dyrektora ds. Medycznych.....
Hanna Philips (2)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2018, poz. 1510 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Opracował: Michał Szała

Wykonano w 5 egz.:

1. Amika Konsorcjum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Piastów 16, 62 – 300 Września;
2. Radca Prawny dr Bartosz Pawelczyk, ul. Różana 13/3; 61-577 Poznań działający w imieniu spółki Przychodnia Primadent Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Sądowa 6, 62 – 300 Września;
3. Cedromed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Warszawska 145/3, 61 – 041 Poznań;
4. a/a;
5. a/a.