

Poznań, dnia 18 października 2024 roku

NFZ15-WO-DO.4117.3.2024 10.JJ

DECYZJA NR 2/2024/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r., poz. 572 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 3 października 2024 roku postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski, wniesionych przez oferentów: Beatę Ziarnkowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarnkowska w Kole (62-600), ul. Nagórna 5, przez Centrum Usług Medycznych i Doradczych sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320 oraz przez spółkę GO-MAX GROUP sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. Zagorzynek 34, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie pełnomocnictwa nr 156/2024 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2024 roku,

- 1. oddala w całości odwołanie wniesione przez Beatę Ziarnkowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarnkowska w Kole;**
- 2. oddala w całości odwołanie wniesione przez Centrum Usług Medycznych i Doradczych sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu;**
- 3. oddala w całości odwołanie wniesione przez GO-MAX GROUP sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu.**

UZASADNIENIE

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ogłosił w dniu 9 sierpnia 2024 roku na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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 2020 r., poz. 1858), postępowanie w trybie konkursu ofert o nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski.

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 61 908,99 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 1 (słownie: jedna).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 3 października 2024 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 Fundusz zasad przeprowadzania 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 Prezesa Funduszu, 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 konkursowej 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 Prezes 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 Funduszu.

W myśl art. 154 ust. 6a Ustawy, stronami postępowania wszczętego w sprawie rozpatrzenia odwołania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W postępowaniu nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski, złożono 11 (słownie: jedenaście) ofert:

- 1) oferta 15-24-000201[05/1]-0001/00 złożona przez oferenta EURO-MED Sp. z o.o. w Tychach (43-100), ul. Zgrzebnioka 22,
- 2) oferta 15-24-000201[05/1]-0002/00 złożona przez oferenta Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320,
- 3) oferta 15-24-000201[05/1]-0003/00 złożona przez oferenta Habilitas Sp. z o.o. z siedzibą w Żyrardowie (96-300), ul. Mieczysławowska 10/26,
- 4) oferta 15-24-000201[05/1]-0004/00 złożona przez oferenta Beata Ziarkowska prowadząca działalność gospodarczą pod firmą: Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarkowska w Kole (62-600), ul. Nagórna 5,
- 5) oferta 15-24-000201[05/1]-0005/00 złożona przez oferenta Zrif Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17,
- 6) oferta 15-24-000201[05/1]-0006/00 złożona przez oferenta Profilaktyka i Rehabilitacja „AKANT” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. z siedzibą w Gostyniu (63-800), ul. Przy Dworcu 4A,

- 7) oferta 15-24-000201[05/1]-0007/00 złożona przez oferenta Monika Adamska prowadząca działalność gospodarczą pod firmą: FIZJO-M Monika Adamska w Ostrzeszowie (63-500), Al. Wolności 1A,
- 8) oferta 15-24-000201[05/1]-0008/00 złożona przez oferenta GO-MAX GROUP sp. z o.o. z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. Kościuszki 19/7,
- 9) oferta 15-24-000201[05/1]-0009/00 złożona przez oferenta J&J Lesław Budkiewicz i Wiktor Wachulec s.c. w Tuszynie (95-080), ul. Fryderyka Chopina 1,
- 10) oferta 15-24-000201[05/1]-0010/00 złożona przez oferenta WCF ZDROWIE MEDYCYNĄ EDUKACJA SP. Z O.O. z siedzibą w Śremie, ul. Artura Grottgera 34/1,
- 11) oferta 15-24-000201[05/1]-0011/00 złożona przez oferenta Magda Siemianowska prowadząca działalność gospodarczą pod firmą: Magda Siemianowska w Mławie (06-500), ul. A. „Torfa” Załęskiego 8B/24.

Postępowanie nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.), zwanej dalej „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.), zwanego dalej także „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1858);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm.);

- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami;
- zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zmianami,

o czym informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 9 sierpnia 2024 roku.

Działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 odrzuciła oferty złożone przez oferentów: Zrif Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17; Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320; Habilitas Sp. z o.o. z siedzibą w Żyrardowie (96-300), ul. Mieczysławska 10/26; Magdę Siemianowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: Magda Siemianowska w Mławie (06-500), ul. A. „Torfa” Załęskiego 8B/24; Profilaktyka i Rehabilitacja „AKANT” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. z siedzibą w Gostyniu (63-800), ul. Przy Dworcu 4A; Monikę Adamską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: FIZJO-M Monika Adamska w Ostrzeszowie (63-500), Al. Wolności 1A – jako oferty niespełniające wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

Komisja konkursowa prowadząca ww. postępowanie pozostawiła ponadto bez rozpoznania ofertę złożoną przez WCF ZDROWIE MEDYCYNĄ EDUKACJĄ SP. Z O.O. z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1, gdyż ofertę tę złożono w innym miejscu, niż wskazane w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu.

Warunki wymagane spełniało 4 (słownie: czterech) oferentów. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert na dokonanie oceny i porównanie ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 5 rozporządzenia w sprawie szczegółowych 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”:

- magister fizjoterapii - co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów:
 - tak (21,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu:
 - tak (26,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (5,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej:
 - tak (5,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia” (jedna odpowiedź do wyboru):

- przenośny stół do terapii - co najmniej 1 sztuka - 2,00 punkty;
- przenośny stół do terapii - co najmniej 2 sztuki – 3,00 punkty;
- żadne z powyższych – 0,00 punktów;

c) kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna”:

- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:

- tak (1,50 punktu ujemnego);
- nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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 (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów);
- 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 (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe

kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli:

- tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udaremnienie lub utrudnianie 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);
 - co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- d) kategorii „Pozostałe warunki – część wspólna”:
- Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,50 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - 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).
2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „sposób wykonania umowy”:

- oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym - w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej - w lokalizacji.:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów).
3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „Dostępność-harmonogram czasu pracy”:
- czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Dostępność – część wspólna”:
- odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów).
4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „ciągłość – część wspólna”:
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (5,00 punktów);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (8,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);

- rozliczenie:
 - ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (5,00 punktów);
 - ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (3,00 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. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów).

6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 punktów).

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

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

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

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

gdzie:

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

C_{maks} – $1,1 \times C_{NFZ}$,

C_{min} – $0,9 \times C_{NFZ}$,

C_{of} – cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} – cena oczekiwana,

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

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

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

W dniu 3 października 2024 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski.

W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania jako podmiot, z którym zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazano 1 (słownie: jednego) oferenta:

- EURO-MED Sp. z o.o. w Tychach (43-100), ul. Zgrzebnioka 22 (miejsce udzielania świadczeń: Zespół Rehabilitacji Domowej, ul. Dworcowa 4, 63-500 Ostrzeszów).

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania konkursowego i spełniających warunki wymagane, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)									
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBORZE OFERTY
		ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. EURO-MED SP. Z O.O.	Zespół Rehabilitacji Domowej, ul. Dworcowa 4, 63-500 Ostrzeszów	10,00	66,00	0,00	4,00	0,00	1,00	81,00	TAK
2. Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarnkowska	Zespół Rehabilitacji Domowej, ul. Piekary 9, 63-500 Ostrzeszów	10,00	66,00	0,00	4,00	0,00	1,00	81,00	NIE
3. GO-MAX GROUP SP. Z O.O.	Rehabilitacja Domowa Grabów, ul. Adama Mickiewicza 1, 63-520 Grabów nad Prosną	5,00	63,00	0,00	4,00	0,00	1,00	73,00	NIE
4. J&J Lesław Budkiewicz i Wiktor Wachulec s.c.	Zespół Rehabilitacji Domowej w Czajkowie, Czajków 37, 63-524 Czajków	9,90	37,00	0,00	3,00	0,00	0,00	49,90	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 nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 Rehabilitacja lecznicza, cz. 3. „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent: EURO-MED Sp. z o.o. w Tychach (43-100), ul. Zgrzebnioka 22

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii - co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów, za co otrzymał **21,00 punktów;**
 - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **26,00 punktów;**
 - zadeklarował technika masażystę - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **5,00 punktów;**

- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
- zadeklarował, że posiada przenośny stół do terapii - co najmniej 2 sztuki, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- 3) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, 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 braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, 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 poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, 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 udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej 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 opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,50 punktu**;
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał **1,50 punktu**;
 - zadeklarował, że 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**;
- II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym - w lokalizacji., za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
 - zadeklarował czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał **1,00 punkt**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie. **W trakcie weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, komisja konkursowa, na podstawie oświadczenia oferenta zmieniła odpowiedź w tym zakresie na „Żadna z powyższych”. Wobec tego oferent nie otrzymał za to kryterium punktów.**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował współpracę z Agencją – przekazywanie w terminie danych, 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 otrzymał **1,00 punkt**.

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.

W zakresie kryterium ceny oferent EURO-MED SP. Z O.O. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,26 zł za co otrzymał **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarnkowska w Kole (62-600), ul. Nagórna 5

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii - co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów, za co otrzymał **21,00 punktów**;
 - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **26,00 punktów**;
 - zadeklarował technika masażystę - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
 - zadeklarował, że posiada przenośny stół do terapii - co najmniej 2 sztuki, za co otrzymał **3 punkty**;
- 3) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, 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 braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, 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 poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, 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 udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej 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 opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,50 punktu**;
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał **1,50 punktu**;
 - zadeklarował, że 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**;

II. W zakresie kryterium kompleksowość - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym - w lokalizacji., za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
- zadeklarował czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał **1,00 punkt**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował współpracę z Agencją – przekazywanie w terminie danych, 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 otrzymał **1,00 punkt**.

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.

W zakresie kryterium ceny oferent Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarnkowska zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,28 zł za co otrzymał **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: GO-MAX Sp. z o.o. w Kaliszu (62-800), ul. Kościuszki 19/7

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:

- zadeklarował magistra fizjoterapii - co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów, za co otrzymał **21,00 punktów**;
 - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **26,00 punktów**;
 - zadeklarował technika masażystę - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **5 punktów**;
 - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
- zadeklarował, że posiada przenośny stół do terapii - co najmniej 2 sztuki, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- 3) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, 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 braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, 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 poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, 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 udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej 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 opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - na pytanie o prowadzenie historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie

danych za pomocą wydruku udzielił odpowiedzi „NIE”. W trakcie weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, komisja konkursowa, na skutek wyjaśnień złożonych przez oferenta stwierdziła, że oferent spełnia ten warunek dodatkowo oceniany i zmieniła odpowiedź w tym zakresie na „TAK”. Wobec tego oferent otrzymał za to kryterium 3,00 punkty.

II. W zakresie kryterium kompleksowość - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym - w lokalizacji., za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:

- zadeklarował czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, za co otrzymał **3,00 punkty**;

2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał **1,00 punkt**;

IV. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- na pytanie o współpracę z Agencją – przekazywania w terminie danych, 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. udzielił odpowiedzi „NIE”. **W trakcie weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, komisja konkursowa, na skutek wyjaśnień złożonych przez oferenta stwierdziła, że oferent spełnia ten warunek dodatkowo oceniany i zmieniła odpowiedź w tym zakresie na „TAK”. Wobec tego oferent otrzymał za to kryterium 1,00 punkt.**

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.

W zakresie kryterium ceny oferent GO-MAX Sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,43 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: J&J Lesław Budkiewicz i Wiktor Wachulec s.c. w Tuszynie (95-080), ul. Fryderyka Chopina 1

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii - co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów, za co otrzymał **21,00 punktów**;
 - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu. **W trakcie weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, komisja konkursowa stwierdziła, że oferent nie spełnia tego warunku dodatkowo ocenianego, o czym został poinformowany. Wobec tego oferent nie otrzymał punktów za to kryterium.**
 - zadeklarował technika masażystę - równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **5,00 punktów**;

- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:
- zadeklarował, że posiada przenośny stół do terapii - co najmniej 2 sztuki, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- 3) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, 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 braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, 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 poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, 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 udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej 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 opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował, że 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**;

II. W zakresie kryterium kompleksowość - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym - w lokalizacji., za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa”:

- zadeklarował czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, za co otrzymał **3,00 punkty**;

2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- na pytanie o posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu udzielił odpowiedzi „tak”. **W trakcie weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, komisja konkursowa stwierdziła, że oferent nie spełnia tego warunku dodatkowo ocenianego, o czym został poinformowany. Wobec tego oferent nie otrzymał punktów za to kryterium.**

IV. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- na pytanie o współpracę z Agencją – przekazywanie w terminie danych, 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. udzielił odpowiedzi „tak”. **W trakcie**

weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, komisja konkursowa stwierdziła, że oferent nie spełnia tego warunku dodatkowo ocenianego, o czym został poinformowany. Wobec tego oferent nie otrzymał punktów za to kryterium.

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.

W zakresie kryterium ceny oferent **J&J Lesław Budkiewicz i Wiktor Wachulec s.c.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,29 zł za co otrzymał **9,90 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferta złożona przez CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, jako oferta odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, nie podlegała ocenie. Wobec powyższego prezentacja udzielonych w jej treści odpowiedzi na pytania rankingujące, pod kątem prawdziwości i prawidłowości oświadczeń co do zadeklarowanych kryteriów, podlegających dodatkowemu punktowaniu, jest wyłącznie hipotetyczna. Niniejsze postępowanie, w zakresie odwołania wniesionego przez CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ma na celu ocenę prawidłowości działania komisji konkursowej w zakresie podjęcia decyzji o odrzuceniu jego oferty oraz, czy w tym zakresie naruszono jego interes prawny.

Oferent: Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320

1. w zakresie kryterium: „Kompleksowość udzielanych świadczeń” w:

1.1. kategorii „Sposób wykonywania umowy”:

1.1.1. oferent zadeklarował, że nie realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym – w lokalizacji – za co nie otrzymałby punktów;

1.1.1. oferent zadeklarował, że nie realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej – w lokalizacji – za co nie otrzymałby punktów,

2. w zakresie kryterium: „Jakość udzielanych świadczeń” w:

2.1. kategorii „Personel”:

2.1.1. na pytanie dotyczące magistra fizjoterapii – co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymałby 21,00 punktów,

2.1.2. na pytanie dotyczące specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej 1/2 etatu udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymałby 26,00 punktów,

2.1.3. na pytanie dotyczące technika masażysty – równoważnik co najmniej 1 etatu udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymałby 5,00 punktów,

2.1.4. na pytanie dotyczące zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymałby 5,00 punktów

2.2. kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości” – część wspólna:

2.2.1. na pytanie o udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – stwierdzone tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznanoby mu punktów ujemnych,

2.2.2. na pytanie o udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznanoby mu punktów ujemnych,

2.2.3. na pytanie o braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznanoby mu punktów ujemnych,

2.2.4. na pytanie o nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznanoby mu punktów ujemnych,

2.2.5. na pytanie o nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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 udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznanoby mu punktów ujemnych,

- 2.2.6. na pytanie o obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.2.7. na pytanie o pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.2.8. na pytanie o niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.2.9. na pytanie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.2.10. na pytanie o przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.2.11. na pytanie o udaremnienie lub utrudnianie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.2.12. na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.2.13. na pytanie o co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.2.14. na pytanie o brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano mu punktów ujemnych,
- 2.3. kategorii „Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia”:
- 2.3.1. oferent zadeklarował co najmniej 2 sztuki przenośnego stołu do terapii, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów,
- 2.4. kategorii „Pozostałe warunki” – część wspólna:
- 2.4.1. na pytanie o certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością udzielił odpowiedzi „tak”, za co nie otrzymałby 1,50 punktu,

2.4.2. na pytanie o certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymałby 1,50 punktu,

2.4.3. na pytanie czy 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 wystawiania recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymałby 3,00 punkty,

3. w zakresie kryterium „Dostępność udzielanych świadczeń” w:

3.1. kategorii: „Dostępność” – część wspólna:

3.1.1. zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, co skutkowałoby przyznaniem 1,00 punktu,

3.2. kategorii: „Dostępność – harmonogram pracy”:

3.2.1. zadeklarował czas pracy zespołu rehabilitacji domowej – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14:00 a 21:00, co skutkowałoby przyznaniem 3,00 punktów,

4. w zakresie kryterium „Ciągłość udzielanych świadczeń” w:

4.1. kategorii „Ciągłość” – część wspólna:

4.1.1. zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent nie realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, co skutkowałoby nie przyznaniem punktów,

4.1.2. rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, co skutkowałoby nie przyznaniem punktów,

5. w zakresie „Warunki wymagane” w:

5.1. kategorii: „Warunki wymagane”:

5.1.1. 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 – odpowiedź niepunktowana,

6. w zakresie „Inne warunki” w:

6.1. kategorii: „Inne” – część wspólna:

6.1.1. współpraca z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, o których mowa w art. 31lc w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r. udzielił odpowiedzi „tak” co skutkowałoby przyznaniem 1,00 punktu,

7. w zakresie kryterium „Cena świadczeń opieki zdrowotnej” zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,43 zł, za co otrzymałby 5,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferty złożone przez oferentów: Zrif Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17; Habilitas Sp. z o.o. z siedzibą w Żyrardowie (96-300), ul. Mieczysławska 10/26; Magdę Siemianowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: Magda Siemianowska w Mławie (06-500), ul. A. „Torfa” Załęskiego 8B/24; Profilaktyka i Rehabilitacja „AKANT” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. z siedzibą w Gostyniu (63-800), ul. Przy Dworcu 4A; Monikę Adamską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: FIZJO-M Monika Adamska w Ostrzeszowie (63-500), Al. Wolności 1A – jako oferty odrzucone na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy oraz oferta złożone przez WCF ZDROWIE MEDYCYNA EDUKACJA SP. Z O.O. z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1 z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1, jako oferta pozostawiona bez rozpoznania z uwagi na złożenie jej w innym miejscu niż miejsce określone w ogłoszeniu postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01, zgodnie z § 20 pkt 2 zarządzenia Nr 18/2017 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.), **nie podlegały ocenie**. Wobec powyższego brak jest podstaw do prezentacji udzielonych w ich treści odpowiedzi na pytania rankingujące, a to z uwagi na fakt, że przedstawiona punktacja przedmiotowych ofert pod kątem prawdziwości i prawidłowości oświadczeń co do zadeklarowanych kryteriów, podlegających dodatkowemu punktowaniu, byłaby wyłącznie hipotetyczna.

Rozstrzygnięcie postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 nastąpiło w dniu 3 października 2024 roku. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którym zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski, wskazano

oferenta: EURO-MED Sp. z o.o. w Tychach (43-100), ul. Zgrzebnioka 22 (miejsce udzielania świadczeń: Zespół Rehabilitacji Domowej, ul. Dworcowa 4, 63-500 Ostrzeszów).

W dniu 9 października 2024 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie, dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01, złożone przez Beatę Ziarkowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarkowska w Kole (62-600), ul. Nagórna 5, zwaną dalej „Odwołującą Beatą Ziarkowską”. Odwołanie zostało wniesione w przewidzianym do tego terminie

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia ww. postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert, Odwołująca Beata Ziarkowska wniosła o: przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań z Centrum Rehabilitacji REHAMED mgr Beata Ziarkowska lub ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii poprzez prawidłową weryfikację złożonych ofert; o umieszczenie ww. oferenta na liście podmiotów wybranych do zawarcia umowy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie złożonej oferty; o weryfikację spełnienia wymogów koniecznych w złożonej ofercie, a tym samym weryfikację przyznanych punktów podmiotom uczestniczącym w konkursie oraz o odrzucenie ofert niespełniających kryteriów podstawowych w ogłoszonym konkursie lub zawierających nieprawdziwe dane na podstawie art. 149 ust. 1 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe dane.

Odwołująca zarzuciła naruszenie w ww. postępowaniu konkursowym art. 134 ust. 1 Ustawy poprzez nieprawidłową weryfikację oferty i spełnienia warunków koniecznych przez oferenta EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, co skutkowało niewybraniem oferty ww. Odwołującej; naruszenie art. 149 ust 1 pkt 2 Ustawy przez nieodrzuconie oferty zawierającej nieprawidłowe informacje złożonej przez oferenta EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością; naruszenie § 13.1. Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym oceny ofert dokonuje się według jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; naruszenie art. 134 ust. 1 Ustawy poprzez nieprawidłową weryfikację oferty Odwołującej poprzez nieuwzględnienie remisu w punktacji Oferenta Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarkowska oraz oferty EURO-MED spółka z o.o. (na niekorzyść Odwołującej Beaty Ziarkowskiej) zgodnie z tabelą rankingu końcowego oraz naruszenie Zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W uzasadnieniu Odwołująca Beata Ziarnkowska przywołała art. 134 ust. 1 Ustawy zgodnie z którym Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania (art. 147 ustawy o świadczeniach). Zdaniem ww. Odwołującej, komisja konkursowa prowadząca postępowanie naruszyła zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w ww. postępowaniu poprzez m.in. niewłaściwe zastosowanie art. 148 Ustawy. Zgodnie z ww. przepisem, porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: 1) jakości, 2) kompleksowości, 3) dostępności, 4) ciągłości, 5) ceny - udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. W pierwszej kolejności Odwołująca Beata Ziarnkowska wskazała, że otrzymała ona tę samą liczbę punktów w rankingu końcowym co oferent Euro-Med. Sp. z o.o., którego ofertę wybrano, nie wybrano zaś oferty ww. Odwołującej, czym jej zdaniem naruszono jej interes prawny. Ww. Odwołująca założyła bowiem, że komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu jedną ofertę, tj.: EURO-MED Sp. z o.o. pomijając fakt takiej samej liczby punktowej Odwołującej Beaty Ziarnkowskiej. Jak wskazała, zobrazowanie wygenerowane przez system informatyczny powinno być niezależne, a komisja konkursowa powinna dokonać wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, co nie zostało uwzględnione. W ocenie ww. Odwołującej wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu powinny podlegać tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny. Ocena oferty była, jak założyła, generowana przez system informatyczny wspomagający pracę komisji konkursowej, co powinno zagwarantować zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Wskazała ona, iż konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym, do zawarcia umowy komisja konkursowa powinna wybierać oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia. Ten warunek powszechnie uznawany, nie został w jej opinii uwzględniony w stosunku do Odwołującej, naruszając jej interes prawny i zasadę równego traktowania świadczeniodawców wskazaną w art. 134 Ustawy, gdyż dwóch oferentów uzyskało taką samą liczbę punktów w rankingu końcowym, zaś do zawarcia umowy wybrano tylko jednego z nich.

W dalszej kolejności Odwołująca Beata Ziarnkowska wskazała, że ocena kalkulacji kosztów przy jednoczesnym zadeklarowanym potencjale Spółki EURO-MED nie gwarantuje w jej ocenie realności

opłacalności zamówienia, gdyż jak wskazała, oferta EURO-MED spółka z o.o. w stosunku do oferty Centrum Rehabilitacji REHAMED nie zasługuje na uznanie ze względów kosztowych związanych z utrzymaniem osób o wyższym wykształceniu, w tym lekarzy co w przypadku zaproponowanej ceny świadczy o braku odzwierciedlenia w rzeczywistości. Jak stwierdziła ww. Odwołująca, jej oferta w kadrze obejmuje tzw. samozatrudnienie Odwołującej powodując, że kalkulacja kosztów przedstawiona komisji konkursowej jest wiarygodna i umożliwia w przyszłości realizację umowy przy zaproponowanej cenie. Deklarowany etat ww. Odwołującej znacząco zmniejsza jej zdaniem koszty i daje przewagę obiektywną w realnej realizacji umowy. Jak wskazała, w dniu 07.10.2024 roku dokonała ona wglądu do oferty konkurencyjnej. Kalkulacja kosztów nie mogła być ujawniona ze względu na zastrzeżenie przez oferenta, jednak do wglądu była możliwa i ujawniona analiza załączonym faktur świadczących o kosztach prowadzenia inwestycji jako dowód na uzasadnienie opłacalności inwestycji. Zgodnie z przedstawionymi fakturami do oferty, zdaniem ww. Odwołującej można jasno wywnioskować, że EUROMED spółka z o.o. ponosi koszty prowadzenia, które w jej ocenie uniemożliwiają ww. oferentowi realizację umowy, w przeciwieństwie do oferty cenowej ww. Odwołującej, która znajduje realne odzwierciedlenie w stosunku do złożonej oferty, w szczególności mając na myśli tzw. samozatrudnienie.

Odwołująca Beata Ziarnkowska stwierdziła ponadto, że w swojej ofercie posiada personel o wyższych kwalifikacjach zawodowych, wyższym stażu oraz umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym niż oferent Euro-Med. Sp. z o.o., zaś zgodnie z kryterium wyboru ofert w zakresie jakości udzielanych świadczeń, w jakim komisja konkursowa przyznała dodatkową punktację spółce EURO-MED za wskazanie, iż oferent posiada odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, ww. Odwołująca zarzuciła przyznanie nienależnej punktacji, bowiem niedopuszczalnym jej zdaniem jest, aby podmiot spełniał te warunki dopiero po wygranym konkursie. Jak wskazała, zgodnie z wyjaśnieniami oferenta EURO-MED Sp. z o.o., w złożonej ofercie e-rejestracji dokonuje się na stronie <https://euro-med.net.pl> i chociaż prawdą jest że taka aplikacja jest dostępna na stronie EURO-MED Sp. z o.o. to po analizie działania aplikacji Odwołująca stwierdziła, że nie ma możliwości zarejestrowania się w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie, które było wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wskazała, że na stronie znajduje się wiele lokalizacji EURO-MED Sp. z o.o. jednak brak jest lokalizacji Ostrzeszów jako miejsca udzielania świadczeń. W ofercie EUROMED Sp. z o.o. widnieje dokumentacja rejestracji wizyty z dnia 19.05.2023 r. dla miejscowości Białystok, godzina 11:00, co jednoznacznie zdaniem ww. Odwołującej wskazuje, że EURO-MED Sp. z o.o. posługują się wizytą w innym miejscu udzielania świadczeń niż wskazane w ofercie.

Następnie Odwołująca Beata Ziarkowska zarzuciła komisji konkursowej naruszenie kolejnego kryterium rankingującego tzn. kryterium dostępności świadczeń, gdyż przedstawiona w ofercie dostępność i jego dyspozycyjność jest jej zdaniem mniej konkurencyjna w stosunku do Centrum Rehabilitacji REHA-MED, wskazując na jej harmonogram: od poniedziałku do piątku 6:00-22.30, w soboty od 6:00 22:00, oraz w niedziele 8:00 do 21:00 oraz na harmonogram spółki EURO-MED spółka z o.o.: od poniedziałku do piątku od 7:00 do 21 oraz soboty od 8:00 do 10:00.

W odniesieniu do kryterium ciągłość udzielanych świadczeń zarzuciła ona zawarcie przez EURO-MED Sp. z o.o. błędnej odpowiedzi ankietową VIII. Ankiety Rozdział 4 Ciągłość: 4.1.1 REH „W dniu złożenia Oferty Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”, w której to odpowiedzi, zdaniem ww. Odwołującej, oferent EURO-MED spółka z o.o. celowo próbował wprowadzić komisję konkursową w błąd, w nadziei na uzyskanie dodatkowej punktacji, zaś działanie to było ukierunkowane na uzyskanie pozytywnego dla spółki rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Odwołująca zauważyła wprawdzie, że dodatkowa punktacja za to kryterium nie została ostatecznie przyznana, jednak w jej ocenie ww. oferta zawierała nieprawdziwe dane i na tej podstawie powinna zostać odrzucona. Jej zdaniem, naruszono w ten sposób Ustawę poprzez nieodrzuconie oferty Oferenta: EURO-MED spółka z o.o. pomimo spełnienia warunku określonego w art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach - zawarcie informacji nieprawdziwych w ofercie. Jak wskazała, zgodnie z wpisem w RPWDL spółki EURO-MED w Ostrzeszowie, podmiot ten prowadzi Zespół rehabilitacji domowej, jednak „nigdy wcześniej nie realizował umowy na wskazywanym obszarze kontraktowania i jednocześnie nie obejmuje dodatkowej punktacji w zakresie pytań VIII Ankiety”. W ocenie ww. Odwołującej, naruszono kolejne kryteria tj. jakości, kompleksowości, dostępności oraz ciągłości które powinny stanowić kolejno wnikliwe porównanie dwóch ofert i w konsekwencji doszło do naruszenia interesu prawnego ww. Odwołującej, której oferta nie uzyskała pozytywnego rozstrzygnięcia.

W dalszej kolejności Odwołująca Beata Ziarkowska zarzuciła naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez nieodrzuconie oferty zawierającej nieprawidłowe informacje złożonej przez oferenta EURO-MED spółka z o.o., gdyż jej zdaniem spółka EURO-MED przedstawiła dokumenty związane z posiadanymi certyfikatami ISO 9001 oraz ISO 27001, których zakres nie obejmuje pełnego określenia przedmiotu postępowania, na który złożono ofertę a który był ogłoszony w niniejszym postępowaniu. EURO-MED Sp. z o.o. w pytaniu ankietowym w Rozdziale 2.4 Pozostałe warunki 2.4.1 oraz 2.4.2 zaznaczył odpowiedzi „TAK”, zaś komisja konkursowa przyznała za to dodatkową punktację EURO-MED spółka z o.o. za odpowiedź na pytanie ankietowe dotyczące posiadanego certyfikatu ISO 27001

systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz ISO 9001, co zdaniem ww. Odwołującej było wadliwe, gdyż certyfikaty EURO-MED spółka z o.o. jej zdaniem nie obejmują pełnego przedmiotu postępowania na który złożono ofertę tj. wydane są w zakresie rehabilitacja lecznicza, fizjoterapia domowa, bez wskazania zakresu świadczeń fizjoterapii dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, obejmują zatem niepełny zakres, na jakie zostało ogłoszone postępowanie, zatem ww. oferent nie powinien za te kryteria mieć przyznane punkty, a tym samym oferta ww. Odwołującej znalazłaby się w rankingu końcowym na pierwszym miejscu.

Odwołująca Beata Ziarnkowska wskazała ponadto, że EURO-MED spółka z o.o. posługuje się certyfikatami wydanymi w języku obcym, a do składanych ofert dołącza tylko polską wersję certyfikatów, niewierzytelnych przez tłumacza przysięgłego, co jej zdaniem wskazuje na nieważność oferty ww. oferenta zgodnie z § 13.1. Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedstawione dokumenty nie spełniają zdaniem ww. Odwołującej norm tłumaczenia przysięgłego (na potwierdzenie czego załączyła do odwołania certyfikat Euro-Med sp. z o.o. w wersji anglojęzycznej), zaś wg niej tłumaczenie przysięgłe obowiązkowo zawierać powinno oświadczenie tłumacza o zgodności z oryginałem, a także być opatrzone pieczęcią urzędową. Odwołujący powołuje się na § 11 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 grudnia 1928 roku o tłumaczach przysięgłych, zgodnie z którym każde tłumaczenie przysięgłe musi być opatrzone pieczęcią tłumacza przysięgłego. Wobec powyższego, zdaniem Odwołującej Beaty Ziarnkowskiej, oferta Euro-Med. Sp. z o.o. powinna zostać odrzucona.

W dniu 10 października 2024 roku drogą pocztową do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 wniesione przez Centrum Usług Medycznych i Doradczych sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74, zwaną dalej: „Odwołującym Centrum Usług Medycznych i Doradczych”. Odwołanie wniesiono z zachowaniem ustawowego terminu.

Do pisma załączono:

- 1) odwołanie świadczeniodawcy dotyczące rozstrzygnięcia postępowania z dnia 9 października 2024 r.,
- 2) pismo świadczeniodawcy do Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia z dnia 24 września,

- 3) korespondencję elektroniczną Ministerstwa Zdrowia z dnia 8 października 2024 r. z załącznikiem, skierowaną do świadczeniodawcy.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia ww. postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert, Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych zarzucił komisji konkursowej:

- 1) niewłaściwe zastosowanie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy i odrzucenie złożonej oferty pomimo tego, że zdaniem ww. Odwołującego, oferta i oferent spełniają wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy,
- 2) niewłaściwą wykładnię załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021, poz. 265 z późn. zm.), zwanego dalej „Rozporządzeniem”, a konkretnie lp. 2 lit b, kolumna 3, pkt 2 ppkt 1) w zw. z z kolumną 2 pkt 3 i bezpodstawne założenie, iż sprzęt wykazany przez świadczeniodawcę w części VI formularza ofertowego musi zapewnić możliwość realizacji wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu elektrollecznictwa przewidzianych w Rozporządzeniu,
- 3) naruszenie przepisu art. 134 ust. 1 Ustawy poprzez nierówne traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, wyrażające się w stosowaniu wobec świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy wymogów niewyrażonych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych w zakresie dysponowania i wykazania w części VI formularza ofertowego sprzętu zapewniającego możliwości realizacji wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu elektrollecznictwa przewidzianych w Rozporządzeniu jako obligatoryjnie wymaganego od świadczeniodawców,
- 4) naruszenie przepisu art. 134 ust. 1 Ustawy poprzez prowadzenie postępowania w sposób nie gwarantujący uczciwej konkurencji, wyrażające się w stosowaniu wobec świadczeniodawcy wymogów niewyrażonych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych w zakresie dysponowania i wykazania w części VI formularza ofertowego sprzętu zapewniającego możliwość realizacji wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu elektrollecznictwa przewidzianych w Rozporządzeniu jako obligatoryjnie wymaganego od świadczeniodawców.

Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych, opierając się na powyższych zarzutach, wniósł o uwzględnienie odwołania w całości i podjęcie działań określonych w art. 154 ust. 7 Ustawy oraz o przeprowadzenie dowodu z pełnej dokumentacji udziału wszystkich oferentów w postępowaniu konkursowym, włączając w to wszystkie złożone oferty, kierowane do świadczeniodawców wezwania, ich oświadczenia, a także listy rankingowe.

W uzasadnieniu odwołania doprecyzował, że w dniu 20 września 2024 r. komisja konkursowa powołana do przeprowadzania ww. postępowania odrzuciła jego ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Podstawą decyzji komisji konkursowej o odrzuceniu oferty była ocena odpowiedzi udzielonej przez Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych na pytanie ankietowe zawarte w Formularzu ofertowym – rozdział 5.1. Warunki wymagane 5.1.1. „W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy Oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania”. Komisja konkursowa stwierdziła, że na podstawie kart charakterystyki wskazany w części VI formularza ofertowego sprzęt do elektroterapii Model T-One wersja Medi Sport (nr seryjny 000147) nie umożliwia realizacji wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu elektrolecznictwa przewidzianych w Rozporządzeniu oraz podniosła, że powyższe potwierdzone zostało w dniu 17 września 2024 r. podczas przeprowadzonej weryfikacji miejsca udzielania świadczeń przez członków komisji konkursowej. Uwzględniając powyższe, komisja konkursowa wskazała, że oferent nie spełnia warunku wymaganego w zakresie wyposażenia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie fizjoterapii domowej określonego w Rozporządzeniu i deklaracja oferenta w przedmiocie spełniania warunków wymaganych, o których mowa w pytaniu ankietowym 5.1.1. nie została potwierdzona przez komisję konkursową. To z kolei stało się podstawą do odrzucenia oferty w oparciu o przepis art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jak wskazał w odwołaniu ww. Odwołujący, nie zgadzając się z decyzją komisji konkursowej, skorzystał on z przysługującego mu prawa do złożenia protestu na zasadach opisanych w art. 153 ust. 1 Ustawy i wniósł o powtórzenie czynności oceny złożonej przez niego oferty i przywrócenia jej do dalszego procedowania. W uzasadnieniu złożonego w dniu 25 września 2024 r. protestu świadczeniodawca ten wskazał m.in., że:

- twierdzenie komisji konkursowej jakoby oferent powinien dysponować sprzętem, który umożliwia realizację wszystkich zabiegów gwarantowanych wymienionych w części Rozporządzenia dotyczącej fizjoterapii domowej, nie ma żadnego oparcia w obowiązujących przepisach prawa,

- wiązanie zakresu świadczeń wskazanych jako gwarantowane ze sprzętem wskazanym jako absolutnie wymagany od oferenta, nie znajduje podstaw także w samej filozofii określenia koszyka świadczeń gwarantowanych, bez względu na to, jakiego rodzaju świadczeń dotyczą,
- świadczenia z zakresu fizjoterapii domowej są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia od 2018 roku i nigdy w przestrzeni tych 6 lat żaden z oddziałów wojewódzkich, w tym także wielkopolski, nie kwestionował zakresu funkcjonalności sprzętu elektrolecznictwa tak na etapie postępowania konkursowego, jak i później w trakcie realizacji świadczeń; wprowadzenie w przedmiotowym postępowaniu tak szerokiej interpretacji przepisów prawnych stanowiłoby zdaniem ww. Odwołującego naruszenie równego traktowania świadczeniodawców przez Narodowy Fundusz Zdrowia, gdyż wg niego interpretacja ta nie znajduje zastosowania w aktualnym stanie prawnym.

Komisja konkursowa w dniu 27 września 2024 r. poinformowała o rozstrzygnięciu protestu w wyniku, którego złożony protest oddaliła. W uzasadnieniu swojego stanowiska komisja konkursowa podtrzymała wcześniejsze stanowisko, iż wskazany w ofercie sprzęt powinien umożliwiać realizację wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu elektrolecznictwa przewidzianych w Rozporządzeniu.

Zdaniem Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych, zarówno samo brzmienie przywoływanych zapisów Rozporządzenia, jak i dotychczasowa praktyka Narodowego Funduszu Zdrowia w tym obszarze, także oddziału wielkopolskiego, może budzić uzasadnione zastrzeżenia co do tego, czy interpretacja przepisów reprezentowanych przez komisję konkursową jest prawidłowa. Jego zdaniem komisja konkursowa nie jest uprawniona do interpretowania owych przepisów, bowiem uprawnienie to przysługuje podmiotowi, który jest autorem tekstu prawnego. Wobec powyższego ww. Odwołujący wystąpił do Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wykładnię przepisów dotyczących wymagań sprzętowych określonych w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia w zw. z zakresem świadczeń gwarantowanych, przedstawiając przy tym swoje stanowisko w sprawie, zbieżne z tym, które prezentował we wniesionym do komisji proteście po odrzuceniu jego ofert. Treść złożonego do Ministerstwa Zdrowia pisma załączył do wniesionego w niniejszej sprawie odwołania. Do ww. odwołania załączył również odpowiedź Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia z dnia 8 października 2024 r. Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych wskazuje, iż w ww. odpowiedzi stwierdzono: „Przedmiotowe rozporządzenie nie określa szczegółowej specyfikacji wymaganych wyrobów medycznych oraz ich funkcjonalności. W związku z powyższym należy przyjąć, że każdy wyrób medyczny, tj. zestaw do elektroterapii z osprzętem oraz zestaw do biostymulacji laserowej umożliwiający ich przenoszenie przez osobę wykonującą świadczenie spełnia minimalne wymagania dla sprzętu medycznego

dedykowanego realizacji świadczeń fizjoterapii domowej” oraz w dalszej części: „w przypadku gdy specyfikacja techniczna wyrobów medycznych obligatoryjnie wymaganych od oferentów/świadczeniodawców uniemożliwia wykonanie wszystkich świadczeń dedykowanych pacjentom z dysfunkcją narządu ruchu, to możliwość ich rozliczenia warunkowana jest wskazaniem dodatkowych zasobów sprzętowych (...)”. Zdaniem ww. Odwołującego, stanowisko zaprezentowane przez Departament Lecznictwa jest jednoznaczne i potwierdza prawidłowość jego argumentacji podnoszonej na etapie protestu. Wg niego komisja konkursowa nieprawidłowo dokonała oceny odpowiedzi udzielonej przez świadczeniodawcę na pytanie ankietowe zawarte w Formularzu ofertowym – rozdział 5.1. Warunki wymagane 5.1.1. „W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy Oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.”. W konsekwencji tego, zdaniem ww. Odwołującego, komisja konkursowa niewłaściwie zastosowała przepis art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy i odrzuciła złożoną przez niego ofertę pomimo tego, że oferta i oferent spełniały wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Jak stwierdził Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych, niewłaściwa interpretacja załącznika nr 1 do Rozporządzenia i bezpodstawne przyjęcie założenia, iż sprzęt wykazany przez świadczeniodawcę w części VI formularza ofertowego jako minimalny musi zapewnić możliwość realizacji wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu elektrolecznictwa przewidzianych w Rozporządzeniu, doprowadziła także do naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy poprzez nierówne traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, które przejawia się w stosowaniu wobec świadczeniodawców wymogów niewyrażonych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych w zakresie konieczności zapewnienia możliwości realizacji wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu elektrolecznictwa przewidzianych w Rozporządzeniu sprzętem wykazanym w części VI formularza ofertowego jako minimalnie wymaganego od świadczeniodawców.

W konsekwencji powyższego, zdaniem Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych, na skutek nieprawidłowego działania komisji konkursowej został naruszony jego interes prawny.

Wobec wniesionych w przewidzianym do tego terminie odwołań od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01, postanowieniem nr 2/2024 z dnia 10 października 2024

roku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, połączył przedmiotowe sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Pismami z dnia 10 października 2024 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działający w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, poinformował strony niniejszego postępowania o wszczęciu postępowania administracyjnego w połączonych do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia sprawach z wniesionych odwołań od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01, a także o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572), w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronom prawie wglądu w akta sprawy.

W dniu 10 października 2024 roku o godz. 23.56 wpłynęła korespondencja elektroniczna (opatrzone podpisem elektronicznym) stanowiąca odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 wniesione przez GO-MAX Sp. z o.o. w Kaliszu (62-800), ul. Kościuszki 19/7, zwaną dalej „Odwołującym GO-MAX”. Odwołanie wniesiono z zachowaniem ustawowego terminu.

Ww. Odwołujący zarzucił naruszenie przez podmiot EURO-MED Sp. z o.o. z siedzibą w Tychach przy ul. Alfonsa Zgrzebnioka nr 22 oraz przez komisję konkursową art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a w zw. z art. 25 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia przez podmiot leczniczy), art. 15 ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (utrudnianie dostępu do rynku) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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.

W uzasadnieniu pisma Odwołujący GO-MAX wskazał, iż w toku postępowania konkursowego podmiot leczniczy EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Tychach przy ul. Alfonsa Zgrzebnioka nr 22 przedstawił na stronach 37, 38, 39, 40, 41, 42 oferty konkursowej kopię polisy Ubezpieczenia Podmiotu Leczniczego seria PL_T numer 284924819 z dnia 28.12.2023 r. a jednocześnie na stronie 43 przedstawił kopię aneksu nr 50588 zawartego w dniu 16 sierpnia 2024 r. zmieniającego zapis polisy PL-T nr 284924819 zawartej dnia 2024-07-20 z datą

obowiązania od 17-08-2024 r., nadto załączył do oferty kopie certyfikatów ISO 9001:2015 nr 489382 (strona 45 oferty) oraz certyfikat ISO/IEC 27001:2013 nr 489133 (strona 53 oferty) z ważnością od 1 sierpnia 2024 roku do 26 lipca 2025 roku. wraz z załącznikami do certyfikatu wskazującymi iż dotyczy on placówki: ul. Dworcowa 4, 83-500 Ostrzeszów. Wobec powyższego oferent ten, zdaniem ww. Odwołującego, przedstawił w postępowaniu konkursowym polisę ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego obejmującą lokalizację komórki organizacyjnej w Ostrzeszowie przy ul. Dworcowej 4, a obowiązującą zgodnie z dokumentującym to aneksem od dnia 2024-08-17, nie zachowując ciągłości od 01.01.2024 r., co przy rozpoczęciu i nieprzerwanym prowadzeniu działalności leczniczej w ww. komórce organizacyjnej od dnia 2022-10-14 (wg RPWDL) stanowi zdaniem ww. Odwołującego istotne naruszenie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zarówno w art. 17 pkt 4 podpunkt a, jak i art. 25 pkt 2. Jak stwierdził ww. Odwołujący, wobec niespełniania wymogów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej komórka organizacyjna powinna być wykreślona z Rejestru Podmiotów Leczniczych przez organ nadzorczy podmiotu leczniczego EURO-MED Sp. z o.o. lub Wojewodę Śląskiego.

W dalszej kolejności Odwołujący GO-MAX Sp. z o.o. wskazał, że okres obowiązywania umowy odpowiedzialności OC zawartej przez EURO-MED Sp. z o.o. dla komórki organizacyjnej zlokalizowanej w Ostrzeszowie przy ul. Dworcowej 4 dotyczy okresu od dnia 17-08-2024 r. a więc nie obejmuje okresu od 01.01.2024 r. do dnia 16.08.2024 r., zaś przedstawione certyfikaty ISO 9001:2015 nr 489382 oraz ISO/IEC 27001:2013 nr 489133 obejmują okres od 01.08.2024 r. do 26.07.2025 roku co jego zdaniem jednoznacznie wskazuje iż audyt pośredni był przeprowadzony przed 1.08.2024 roku a więc z założenia rzetelności przeprowadzenia powinien zawierać „próbki” dokumentacji medycznej oraz spełnienie warunku koniecznego do prowadzenia działalności podmiotu leczniczego wskazanego w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej tj. w art. 17 pkt 1 podpunkt 4 oraz art. 25 pkt 2 (Ubezpieczenie OC) i nie powinny obejmować lokalizacji komórki organizacyjnej w Ostrzeszowie przy ul. Dworcowej 4. W konsekwencji powyższego, zdaniem ww. Odwołującego, komisja konkursowa powinna odrzucić ofertę lub żądać jednoznacznych wyjaśnień lub sprostowania od podmiotu leczniczego EURO-MED Sp. z o.o., gdyż zdaniem ww. Odwołującego oferent ten nie spełniał wymogu ciągłości obowiązkowego ubezpieczenia OC Podmiotu Leczniczego od dnia rozpoczęcia działalności co powinno skutkować zamknięciem komórki organizacyjnej i odrzuceniem oferty, a nadto ten oferent przedstawił aneks Nr 50588 zawarty w dniu 16 sierpnia 2024 r. zmieniający zapis polisy PL-T nr 284924819 z dnia 2024-07-20 nie przedstawiając polisy ubezpieczeniowej z dnia 2024-07-20 natomiast przedstawił polisę z dnia 23-12-2023 r., zaś komisja konkursowa nie zażądała wyjaśnień od oferenta w tym zakresie, co również powinno skutkować odrzuceniem oferty. Jednocześnie, wg

Odwołującego GO-MAX Sp. z o.o., oferta Euro-Med Sp. z o.o. poddaje pod wątpliwość wiarygodność przedstawionych certyfikatów ISO 9001:2015 nr 489382 (strona 45 oferty) oraz certyfikat ISO/IEC 27001:2013 nr 489133 (strona 53 oferty) wobec niespełniania podstawowego obowiązku podmiotu leczniczego co do Obowiązkowego Ubezpieczenia OC Podmiotu Leczniczego, przy czym komisja konkursowa nie zażądała w tym zakresie wyjaśnień od oferenta, a powinno to w opinii ww. Odwołującego skutkować zmniejszeniem punktów dodatkowych tego oferenta. W konsekwencji powyższego Odwołujący GO-MAX Sp. z o.o. uznał, że opisane powyżej działania podmiotu leczniczego można zakwalifikować jako nieuczciwe, co narusza zasady przejrzystości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, które powinny być podstawą każdej procedury konkursowej, zaś uwzględnienie przedstawionych nieprawidłowości w procedurze konkursowej powinno skutkować odrzuceniem bądź co najmniej odjęciem punktów dodatkowych dla podmiotu EURO-MED Sp. z o.o., co skutkowałoby koniecznością negocjacji cenowych i wyborem innego oferenta.

Podsumowując powyższe, Odwołujący GO-MAX Sp. z o.o. wniósł o unieważnienie wyników przeprowadzonego konkursu, dokonanie ponownej analizy ofert z uwzględnieniem przepisów prawa oraz o udostępnienie danych przedstawionych przez Oferenta EURO-MED Sp. z o.o. dotyczących rodzaju sprzętu i harmonogramu pracy personelu: lekarzy, fizjoterapeutów, masażystów oraz adresów podwykonawców umowy.

Wobec wniesionych w przewidzianym do tego terminie odwołań od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01, postanowieniem nr 3/2024 z dnia 11 października 2024 roku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, połączył przedmiotowe sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Pismami z dnia 11 października 2024 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działający w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, poinformował strony niniejszego postępowania o wszczęciu postępowania administracyjnego w połączonych do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia sprawach z wniesionych odwołań od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01, a także o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 572), w tym o możliwości czynnego udziału w każdym

stadium postępowania oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronom prawie wglądu w akta sprawy.

W dniu 14 października 2024 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu wpłynęła korespondencja elektroniczna stanowiąca oświadczenie oferenta EURO-MED Sp. z o.o., że złożona przez niego oferta do postępowania konkursowego nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 złożona została w sposób prawidłowy tzn. wszystkie dane zawarte w ofercie były prawdziwe, oferta spełniała wszystkie wymogi określone w przepisach prawa, zaś wybór przez komisję konkursową oferty EURO-MED Sp. z o. o. nastąpił z zachowaniem zasad równego traktowania oferentów biorących udział w ww. postępowaniu.

W dniu 16 października 2024 roku z uprawnienia do wglądu w akta sprawy skorzystali Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o., a także Odwołujący GO-MAX Sp. z o.o.

W dniu 17 października 2024 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu wpłynęła korespondencja elektroniczna stanowiąca oświadczenie oferenta Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o., że po zapoznaniu się z aktami postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w dniu 16 października 2024 roku, nie planuje on już składać dodatkowych pism w ramach toczącego się postępowania. Dodał ponadto, że w pełni podtrzymuje tezy i argumenty zawarte w złożonym odwołaniu od rozstrzygnięcia ww. postępowania konkursowego

Na skutek wniesionych odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 3 października 2024 roku postępowania numer 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w odwołaniach. Rozpatrzone zostały ponadto zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu

nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania konkursowego. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

Przede wszystkim należy wskazać, że materialnoprawną podstawę prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiły przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Realizacja ustawowych obowiązków Funduszu we wskazanym obszarze została skonkretyzowana przede wszystkim w dziale VI. ustawy o świadczeniach zatytułowanym „Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami”. Zgodnie z art. 132 ust. 1 i 2 Ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c ustawy o świadczeniach, która może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w dziale VI. Ustawy. Jedną z podstawowych zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest ta określona w art. 134 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z powołanymi regulacjami 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. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym przede wszystkim wymagane kwalifikacje personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, określają wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 31d Ustawy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym zastosowanie w tym względzie znalazło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 265 z późn. zm.), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”. Ponadto Prezes Funduszu – na podstawie art. 146 ust. 1 Ustawy – określił przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie oraz mając na uwadze konieczność stosowania ułatwień w obiegu

dokumentacji, w tym ich elektronicznej. W drodze delegacji, o której mowa w art. 146 Ustawy, Prezes Funduszu wydał zarządzenie obejmujące istotne zagadnienia związane z postępowaniem prowadzonym w trybie konkursu ofert, określając jednocześnie szczegółowe warunki zawierania oraz realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie ww. umowy (oferent) ma obowiązek przygotować i złożyć ofertę zgodnie z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania i realizacji umów. Dla przedmiotowego postępowania zastosowanie znalazło w tym względzie zarządzenie nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zmianami, zwane dalej: „zarządzeniem 195/2020/DSOZ”.

Wyrazem realizacji zasady zapewniającej równe traktowanie świadczeniodawców są również określone przez Ministra Zdrowia szczegółowe kryteria oceny ofert. Dla przedmiotowego postępowania zostały one określone w Tabeli nr 1 Rehabilitacja lecznicza, cz. 3. „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia rehabilitacja lecznicza” 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 z późn. zm.), zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Pozwalają one z kolei na ocenę oferty ponad warunki wymagane i umożliwiają – zgodne z zasadami uczciwej konkurencji – sporządzanie oferty przez uczestników postępowania konkursowego w oparciu o takie same kryteria dotyczące jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości udzielania świadczeń. Jednocześnie, co istotne, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

W postępowaniu konkursowym nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 udział wzięło 11 (słownie: jedenastu) oferentów, z których każdy przygotował swoją ofertę w sposób indywidualny.

Oferty złożone przez oferentów: Zrif Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17; Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320; Habilitas Sp. z o.o. z siedzibą w Żyrardowie (96-300), ul. Mieczysławowska 10/26; Magdę Siemianowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą:

Magda Siemianowska w Mławie (06-500), ul. A. „Torfa” Załęskiego 8B/24; Profilaktyka i Rehabilitacja „AKANT” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. z siedzibą w Gostyniu (63-800), ul. Przy Dworcu 4A; Monikę Adamską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: FIZJO-M Monika Adamska w Ostrzeszowie (63-500), Al. Wolności 1A – jako oferty odrzucone na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy oraz oferta złożona przez WCF ZDROWIE MEDYCYNA EDUKACJA SP. Z O.O. z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1 z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1, jako oferta pozostawiona bez rozpoznania z uwagi na złożenie jej w innym miejscu niż miejsce określone w ogłoszeniu postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01, zgodnie z § 20 pkt 2 zarządzenia Nr 18/2017 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.), **nie podlegały ocenie**. W przypadku pozostałych czterech oferentów każdy z nich spełnił warunki wymagane określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, stąd złożone przez nich oferty nie podlegały odrzuceniu z uwagi na przesłankę, o której mowa w art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy. Należy w tym miejscu wskazać, że wszelkie oświadczenia świadczeniodawców zawarte w złożonych ofertach musiały być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty, jak i od początku obowiązywania umowy, co ma na celu zapewnienie trwałości spełniania warunków w tak określonej przestrzeni czasowej, a co za tym idzie również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o świadczenia opieki zdrowotnej. Jak podkreślił Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 10 listopada 2016 r. o sygn. akt II GSK 912/15, „(...) oferta ma być bowiem aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzeniu możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego.”. Konsekwencją powyższego jest wniosek, że spełnianie przez oferenta wymagań (warunków) dotyczących pomieszczeń, sprzętu i personelu podlega weryfikacji w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. Komisja konkursowa dysponuje zatem kompetencją do weryfikacji treści złożonej oferty pod względem tego, czy deklarowane przez oferentów wszelkie dane lub warunki są faktycznie spełnione.

W myśl art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. W kontekście

wskazanej regulacji zasadne jest twierdzenie, że celem tego postępowania jest weryfikacja rozstrzygnięcia konkursu pod kątem ewentualnego naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania konkursowego, które mogło skutkować naruszeniem interesu prawnego odwołującego się. Do uszczerbku w interesie prawnym odwołującego się, wyznaczającego zakres kontroli administracyjnej rozstrzygnięcia konkursowego, może dojść wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy, a posiadanie interesu prawnego związane jest z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że oferent pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 marca 2017 r., II GSK 2007/15).

Wobec powyższego fundamentalne znaczenie dla instytucji środka odwoławczego w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma właśnie pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Należy je identyfikować jako określone prawo podmiotowe, a zatem pewne korzyści o charakterze prawnym, przyznane przez konkretną normę prawa materialnego. Co istotne, interes prawny musi mieć charakter rzeczywisty i indywidualny oraz istniejący w konkretnych okolicznościach i czasie. Ustalenie interesu prawnego wymaga zatem zidentyfikowania zależności pomiędzy przepisem prawa materialnego a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 listopada 2013 r., II GSK 1207/12). Takie ujęcie interesu prawnego, a dokładniej – jego uszczerbku w stosunku do danego świadczeniodawcy, determinuje zasadniczo sposób prowadzenia postępowania w przypadku wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ust. 1 Ustawy. Warto w tym miejscu przytoczyć pogląd zaprezentowany przez Naczelną Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 25 listopada 2016 r., II GSK 1317/15, zgodnie z którym *„Rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w zw. z art. 152 ustawy (...) jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym oferenta, zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert. W praktyce ocena ta sprowadza się do ustalenia czy w postępowaniu wystąpiły takie błędy Komisji, które spowodowały, że ocena oferty odwołującego się została zaniżona albo oceny ofert pozostałych oferentów zostały zawyżone.”*

W odniesieniu do odwołania wniesionego przez Odwołującą Beatę Ziarkowską, wskazać należy co następuje.

W pierwszej kolejności ww. Odwołująca wskazała, że otrzymała ona tę samą liczbę punktów w rankingu końcowym co oferent Euro-Med. Sp. z o.o., którego ofertę wybrano, nie wybrano zaś oferty ww. Odwołującej, czym jej zdaniem naruszono jej interes prawny. Ww. Odwołująca założyła bowiem, że komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu jedną ofertę, tj.: EURO-MED Sp. z o.o. pomijając fakt takiej samej liczby punktowej Odwołującej Beaty Ziarnkowskiej. Jak wskazała, zobrazowanie wygenerowane przez system informatyczny powinno być niezależne, a komisja konkursowa powinna dokonać wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, co nie zostało uwzględnione. W ocenie ww. Odwołującej wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu powinny podlegać tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny. Ocena oferty była, jak założyła, generowana przez system informatyczny wspomagający pracę komisji konkursowej, co powinno zagwarantować zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Wskazała ona, iż konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym, do zawarcia umowy komisja konkursowa powinna wybierać oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia. Ten warunek powszechnie uznawany, nie został w jej opinii uwzględniony w stosunku do Odwołującej, naruszając jej interes prawny i zasadę równego traktowania świadczeniodawców wskazaną w art. 134 Ustawy, gdyż dwóch oferentów uzyskało taką samą liczbę punktów w rankingu końcowym, zaś do zawarcia umowy wybrano tylko jednego z nich.

Odnosząc się do powyższego zarzutu wskazać należy, że nie jest on trafiony, bowiem sam fakt uzyskania przez dwóch oferentów takiej samej liczby punktów i wybranie oferty tylko jednego z nich nie może wskazywać na naruszenie interesu prawnego oferenta, którego oferta nie została wybrana. Już bowiem w ogłoszeniu z dnia 9 sierpnia 2024 roku o postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski wskazano, że maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 1 (słownie: jedna). Innymi słowy, tylko jeden oferent mógł liczyć na zawarcie umowy, o której mowa wyżej, a o wybraniu właśnie jego oferty decydowało miejsce w rankingu konkursowym i zdobyta przez niego liczba punktów. Nie ma w tym przypadku znaczenia, czy oferta znajdująca się na drugim miejscu w rankingu zajęłaby taką samą czy niższą liczbę punktów niż oferta

znajdująca się na pierwszym miejscu, bowiem tak czy inaczej wybrana mogła zostać tylko jedna oferta. Odnośnie zaś miejsca w rankingu końcowym poszczególnych ofert w przypadku uzyskania przez nich takiej samej liczby punktów, wskazać należy, że w takim zatem przypadku zastosowanie znajduje reguła, o której mowa w § 9 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert. Zgodnie z treścią tej regulacji, w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów **kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.** Powołane rozporządzenie wskazuje szczegółowo parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładny sposób oceny oferty pod względem kryterium ceny. Wobec powyższego, w przedmiotowym postępowaniu konkursowym ocenie podlegały następujące kryteria: 1. jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; 2. zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, rozumianej jako możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji; 3. dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej; 4. ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, rozumianej jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów; 5. ceny świadczeń opieki zdrowotnej - ocenianej poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Skoro więc oferta Odwołującej Beaty Ziarnkowskiej uzyskała taką samą liczbę punktów co oferta złożona przez EURO-MED Sp. z o.o. (81 pkt), należało je porównać pod względem kolejnych kryteriów wyboru ofert przywołanych wyżej. I tak za kryterium jakość obydwie oferty uzyskały po 66 pkt, za kryterium kompleksowość – 0 pkt, za kryterium dostępność – 4 pkt, zaś za kryterium ciągłość – po 0 pkt. W dalszej kolejności powinna więc być brana pod uwagę kryterium cenowe. Wprawdzie obydwie oferty dostały za to kryterium po 10 pkt, jednak wskazać należy, że cena jednostki rozliczeniowej po negocjacjach w ofercie EURO-MED Sp. z o.o. była niższa (1,26) niż cena jednostki rozliczeniowej po negocjacjach w ofercie Odwołującej Beaty Ziarnkowskiej (1,28). Narodowy Fundusz Zdrowia jest zaś jednostką sektora finansów publicznych, ma zatem obowiązek przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1270 z późn. zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru

metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Co równie ważne, Fundusz działa w imieniu własnym, jednak na rzecz osób ubezpieczonych i uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym, Fundusz, kierując się powyższym, wybrał ofertę EURO-MED Sp. z o.o., gdyż cena jednostki rozliczeniowej za pojedyncze świadczenie przedstawiona przez ww. oferenta była niższa, a tym samym korzystniejsza z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia niż cena jednostki rozliczeniowej zaproponowana przez Odwołującą Beatę Ziarnkowską. Tym samym nie może być mowy o naruszeniu zasady równego traktowania świadczeniodawców wskazanej w art. 134 Ustawy.

Jednocześnie ww. Odwołująca stwierdziła, że „zobrazowanie wygenerowane przez system informatyczny powinno być niezależne komisja konkursowa powinna dokonać wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, co nie zostało uwzględnione”, zaś „ocena oferty była generowana przez system informatyczny wspomagający pracę komisji konkursowej, co powinno zagwarantować zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu”. Odpowiadając na powyższe zauważyć należy, że system informatyczny, którym posługuje się komisja konkursowa, ma, jak zauważyła sama Odwołująca, charakter wspomagający pracę komisji, a nie zastępujący ją w działaniu. Oferta EURO-MED Sp. z o.o. nie została przez ww. system wybrana w sposób „automatyczny”, jak to sugeruje Odwołująca. Komisja konkursowa wybrała powyższą ofertę, gdyż uzyskała ona największą liczbę punktów, a jednocześnie cena jednostki rozliczeniowej była niższa niż to było w przypadku ww. Odwołującej, co wykazano wyżej. Nie jest więc prawdziwe twierdzenie Odwołującej o naruszeniu przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji wskazanej w art. 134 ust. 1 Ustawy oraz niewłaściwego zastosowania art. 148 Ustawy poprzez nieuwzględnienie wymienionych w ww. przepisie kryteriów porównania ofert.

W dalszej kolejności Odwołująca Beata Ziarnkowska wskazała, że ocena kalkulacji kosztów przy jednoczesnym zadeklarowanym potencjale Spółki EURO-MED nie gwarantuje w jej ocenie realności opłacalności zamówienia, gdyż jak wskazała, oferta EURO-MED spółka z o.o. w stosunku do oferty Centrum Rehabilitacji REHAMED nie zasługuje na uznanie ze względów kosztowych związanych z utrzymaniem osób o wyższym wykształceniu, w tym lekarzy co w przypadku zaproponowanej ceny świadczy o braku odzwierciedlenia w rzeczywistości. Jak stwierdziła ww. Odwołująca, jej oferta w kadrze obejmuje tzw. samozatrudnienie Odwołującej powodując, że kalkulacja kosztów przedstawiona komisji konkursowej jest wiarygodna i umożliwia w przyszłości realizację umowy przy zaproponowanej cenie. Deklarowany etat ww. Odwołującej znacząco zmniejsza jej zdaniem

koszty i daje przewagę obiektywną w realnej realizacji umowy. Wskazała ona również, że EUROMED spółka z o.o. ponosi koszty prowadzenia, które w jej ocenie uniemożliwiają ww. oferentowi realizację umowy, w przeciwieństwie do oferty cenowej ww. Odwołującej, która znajduje realne odzwierciedlenie w stosunku do złożonej oferty, w szczególności mając na myśli tzw. samozatrudnienie. Odwołująca Beata Ziarkowska stwierdziła ponadto, że w swojej ofercie posiada personel o wyższych kwalifikacjach zawodowych, wyższym stażu oraz umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym niż oferent Euro-Med. Sp. z o.o..

W odpowiedzi na powyższe zauważyć należy, że komisja konkursowa przeprowadzająca niniejsze postępowanie nie dopatrzyła się u oferenta EURO-MED Sp. z o. w złożonej ofercie braku realności opłacalności zamówienia. To na ofercie ciąży obowiązek takiego przygotowania oferty, by możliwe było jej wykonanie i to on ponosi ryzyko związane z takim sformułowaniem ceny, by była ona dla niego opłacalna, a jednocześnie konkurencyjna w toku postępowania konkursowego. Jednocześnie komisja konkursowa w toku postępowania wezwała ww. oferenta do złożenia wyjaśnień/przekazania dokumentów tj, do przedstawienia szczegółowej kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyjaśnień dotyczących zapewnienia sposobu organizacji/funkcjonowania jednostki Zespół Rehabilitacji Domowej w części VII kodu resortowego 208, ul. Dworcowa 4, 63-500 Ostrzeszów, w tym w odniesieniu do zapewnienia wynagrodzeń pracowników wskazanych w ofercie (7 osób o deklarowanej w harmonogramie łącznej liczbie 172 godzin tygodniowo, w wymiarze ponad 4 etaty przeliczeniowe), zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych z dnia 8 czerwca 2017 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139 z późn. zm.) przy zaproponowanej cenie jednostkowej 1,27 zł oraz wartości zamówienia określonego dla obszaru kontraktowania powiat ostrzeszowski 61.908,99 zł. W odpowiedzi na powyższe oferent EURO-MED Sp. z o. przedłożył wyjaśnienia oraz szczegółową kalkulację kosztów, które komisja konkursowa przyjęła i uznała za uprawdopodobnione. W toku dalszego postępowania, już po negocjacjach z ww. podmiotem, gdy obniżył on cenę jednostkową do poziomu 1,26 zł, komisja konkursowa ponownie wezwała ww. oferenta do złożenia wyjaśnień/przekazania dokumentów tj, do przedstawienia szczegółowej kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, zaś oferent przedłożył uaktualnioną szczegółową kalkulację kosztów, którą komisja konkursowa również przyjęła i uznała za uprawdopodobnione, w konsekwencji czego stwierdziła, że zadeklarowany przez ww. oferenta personel jest wystarczający do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stąd możliwe było przyznanie mu za to kryterium punktów, gdyż posiadany przez niego personel jest zgodny z odpowiedzią udzieloną w tym zakresie w ankiecie formularza ofertowego. Fakt posiadania przez Odwołującą Beatę Ziarkowską, jak sama stwierdziła, personelu o wyższych kwalifikacjach

zawodowych, wyższym stażu oraz umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym nie może powodować, że jej oferta będzie z tego powodu lepiej oceniona, gdyż obydwaj oferenci w odpowiedziach ankietowych udzielili takich samych odpowiedzi, deklarując posiadanie wymaganego personelu, co odpowiadało prawdzie, w związku z czym za to samo kryterium przyznano im taką samą liczbę punktów.

W dalszej kolejności ww. Odwołująca podnosi zarzut, iż komisja konkursowa w sposób niezasadny przyznała dodatkową punktację spółce EURO-MED za wskazanie, iż oferent posiada odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, bowiem w jej ocenie niedopuszczalnym jej zdaniem jest, aby podmiot spełniał te warunki dopiero po wygranym konkursie. Jak wskazała, zgodnie z wyjaśnieniami oferenta EURO-MED Sp. z o.o., w złożonej ofercie e-rejestracji dokonuje się na stronie <https://euro-med.net.pl> i chociaż prawdą jest że taka aplikacja jest dostępna na stronie EURO-MED Sp. z o.o. to po analizie działania aplikacji Odwołująca stwierdziła, że nie ma możliwości zarejestrowania się w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie, które było wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wskazała, że na stronie znajduje się wiele lokalizacji EURO-MED Sp. z o.o. jednak brak jest lokalizacji Ostrzeszów jako miejsca udzielania świadczeń. W ofercie EUROMED Sp. z o.o. widnieje dokumentacja rejestracji wizyty z dnia 19.05.2023 r. dla miejscowości Białystok, godzina 11:00, co jednoznacznie zdaniem ww. Odwołującej wskazuje, że EURO-MED Sp. z o.o. posługują się wizytą w innym miejscu udzielania świadczeń niż wskazane w ofercie.

Odnosząc się do tych zarzutów stwierdzić należy, że komisja konkursowa nie popełniła błędu, przyznając ww. oferentowi punkty za posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu. W pierwszej kolejności podkreślenia wymaga, że ww. oferent faktycznie taką aplikację posiada, a wskazanej rejestracji dokonuje się na stronie <https://euro-med.net.pl>, co oferent EURO-MED Sp. z o.o. wyjaśnił, zaś ww. Odwołująca przyznała w odwołaniu. Zauważyć należy, że kryterium, o którym mowa wyżej, brzmi dokładnie: „odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu”. Oferent EURO-MED Sp. z o.o., deklarując posiadanie takiej aplikacji, nie rozminął się zatem z prawdą i spełnił powyższe kryterium, zatem zasadne było przyznanie mu za to punktów. Posiadanie takiej aplikacji potwierdził jednocześnie oświadczeniem, załączając również szczegółową instrukcję rejestracji na wizytę, zaś dokumentacja rejestracji wizyty z dnia 19.05.2023 r. dla miejscowości Białystok, godzina 11:00 wskazane w ofercie, o czym wspomina Odwołująca Beata Ziarnkowska, jest jedynie przykładem wymienionym

w „instrukcji rejestracji pacjenta w systemie e-rejestracja firmy EURO-MED” załączonej do oferty. Jednocześnie wskazania wymaga, że na powyższej stronie, po założeniu konta pacjenta, jest możliwość rezerwacji wizyty w lokalizacji Ostrzeszów. Wprawdzie nie ma jeszcze możliwości umówienia się na wizytę w Ostrzeszowie w miejscu udzielania świadczenia wskazanym w ofercie przy ul. Dworcowa 4, jednakże jest to uzasadnione, bowiem ww. oferent nie może jeszcze umożliwić poprzez ww. aplikację realnej rejestracji pacjentów w ww. miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie, bowiem nie została z nim jeszcze zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski. Zawarcie ww. umowy wstrzymano zgodnie z art. 154 ust. 2 zd. 2 Ustawy. Zgodnie z powyższym przepisem, wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W niniejszej sprawie w dniu 9 października 2024 roku oraz w dniu 10 października 2024 roku wniesiono odwołania od rozstrzygnięcia postępowania, które to odwołania rozpatrzone są poprzez wydanie niniejszej decyzji administracyjnej w dniu 18 października 2024 roku. Oferent EURO-MED Sp. z o.o., nie mając zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, nie mógł więc umożliwić pacjentom realnej rejestracji w miejscu udzielania świadczeń w Ostrzeszowie przy ul. Dworcowa 4, nie mając jednocześnie pewności, czy faktycznie od dnia 21 października 2024 roku będzie mógł realizować wskazaną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Takie działanie byłoby bowiem wprowadzaniem pacjentów w błąd. Wobec powyższego zarzut Odwołującej Beaty Ziarnkowskiej podniesiony w tym zakresie nie może zostać uwzględniony.

Następnie Odwołująca Beata Ziarnkowska zarzuciła komisji konkursowej naruszenie kolejnego kryterium rankingującego tzn. kryterium dostępności świadczeń, gdyż przedstawiona w ofercie dostępność i jego dyspozycyjność jest jej zdaniem mniej konkurencyjna w stosunku do Centrum Rehabilitacji REHA-MED, wskazując na jej harmonogram: od poniedziałku do piątku 6:00-22.30, w soboty od 6:00 22:00, oraz w niedziele 8:00 do 21:00 oraz na harmonogram spółki EURO-MED spółka z o.o.: od poniedziałku do piątku od 7:00 do 21 oraz soboty od 8:00 do 10:00.

W tym miejscu podkreślić należy, że w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w kategorii 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określonej w lp. II tabeli nr 1 zakres 3 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa” wskazano następujący warunek: czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00. Z powyższego jednoznacznie wynika, że oferent EURO-MED Sp. z o.o. wskazany warunek spełniał, gdyż zadeklarował w harmonogramie dostępność personelu od poniedziałku do piątku w godzinach

7-21, a zatem co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00. Słusznie zatem ww. oferent uzyskał za spełnienie powyższego kryterium 3 punkty, podobnie jak 3 punkty uzyskała za to samo kryterium Odwołująca Beata Ziarkowska. Bez znaczenia pozostaje w tym przypadku dostępność personelu ww. Odwołującej w większej liczbie godzin, gdyż powyższe kryterium nie różnicuje wskazanych godzin i nie uzależnia przyznania większej liczby punktów od dostępności personelu przez większą liczbę godzin, a jedynie przyznaje bądź nie punkty jedynie za samo spełnienie tego kryterium, co w tym przypadku nastąpiło u obu ww. oferentów. Nie doszło tu zatem do naruszenia interesu prawnego ww. Odwołującej.

W odniesieniu do kryterium ciągłość udzielanych świadczeń zarzuciła ona zawarcie przez EURO-MED Sp. z o.o. błędnej odpowiedzi ankietowej VIII. Ankiety Rozdział 4 Ciągłość: 4.1.1 REH „W dniu złożenia Oferty Oferent realizuje-na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”, w której to odpowiedzi, zdaniem ww. Odwołującej, oferent EURO-MED spółka z o.o. celowo próbował wprowadzić komisję konkursową w błąd, w nadziei na uzyskanie dodatkowej punktacji, zaś działanie to było ukierunkowane na uzyskanie pozytywnego dla spółki rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Odwołująca zauważyła wprawdzie, że dodatkowa punktacja za to kryterium nie została ostatecznie przyznana, jednak w jej ocenie ww. oferta zawierała nieprawdziwe dane i na tej podstawie powinna zostać odrzucona. Jej zdaniem, naruszono w ten sposób Ustawę poprzez nieodrzuconie oferty Oferenta: EURO-MED spółka z o.o. pomimo spełnienia warunku określonego w art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach - zawarcie informacji nieprawdziwych w ofercie. Jak wskazała, zgodnie z wpisem w RPWDL spółki EURO-MED w Ostrzeszowie, podmiot ten prowadzi Zespół rehabilitacji domowej, jednak „nigdy wcześniej nie realizował umowy na wskazywanym obszarze kontraktowania i jednocześnie nie obejmuje dodatkowej punktacji w zakresie pytań VIII Ankiety”.

W odpowiedzi na powyższe wskazać należy, że komisja konkursowa dysponuje kompetencją do weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości zawartych w niej informacji, m.in. na podstawie możliwości żądania złożenia wyjaśnień, przedstawienia dodatkowych dokumentów, etc. Oznacza to zatem, że samo udzielenie przez świadczeniodawcę w części VIII. formularza ofertowego konkretnej odpowiedzi na postawione tam pytania czy warunki, nie zapewnia mu uzyskania konkretnej liczby punktów za dane kryterium. Podkreślił to również Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 10 listopada 2016 r., II GSK 912/15 wskazując, że spełnienie przez oferenta wymagań dotyczących warunków wymaganych i rankingujących podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w

ofercie. Dane zamieszczone w ofercie podlegają zatem sprawdzeniu pod względem ww. przesłanek i ostatecznie może się okazać, że warunek deklarowany przez oferenta nie został spełniony, za co nie można przyznać mu określonej liczby punktów. W niniejszym postępowaniu oferent EURO-MED Sp. z o.o. przedłożył oświadczenie, w którym wskazał, że w formularzu ofertowym w rozdziale 4 Ciągłość: 4.1.1 REH na pytanie o warunek „W dniu złożenia Oferty Oferent realizuje-na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie” udzielił odpowiedzi twierdzącej, z uwagi na fakt, iż od roku 2009 jest świadczeniodawcą realizującym zakres fizjoterapia domowa na podstawie umowy z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z kontynuacją danego zakresu w ramach różnych komórek organizacyjnych. Dodał ponadto, że ze względu na brak zabezpieczenia świadczeń dedykowanych na obszarze objętym niniejszym postępowaniem konkursowym oraz duże zapotrzebowanie społeczne informuje, że faktycznie realizował świadczenia na rzecz świadczeniobiorców z obszaru powiat 3018 ostrzeszowski tj. obszaru objętego niniejszym postępowaniem, aktualnie zaś realizuje zawarte z Oddziałem Funduszu umowy nr 150007638/05/1/0064/0/18/22 oraz 150007638/05/1/0290/0/18/22 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Dodał on również, że wśród świadczeń realizowanych w ramach wskazanych powyżej umów oraz umów je poprzedzających znajdują się m.in. świadczenia realizowane na rzecz świadczeniobiorców z obszaru, którego dotyczy postępowanie konkursowe o kodzie 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 (na dowód czego przedłożył listę pacjentów faktycznie objętych opieką rehabilitacyjną), a tym samym przesłanki udzielenia odpowiedzi twierdzącej na powyższe pytanie w brzmieniu: „Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie” zostają spełnione.

W toku dalszego postępowania komisja konkursowa, w trakcie weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, na podstawie oświadczenia oferenta zmieniła odpowiedź w tym zakresie na „Żadna z powyższych”. Wobec tego oferent nie otrzymał za to kryterium punktów. Jednocześnie nie zaistniały tu przesłanki do odrzucenia oferty zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 2. Zgodnie bowiem z poglądem prezentowanym przez Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 5 stycznia 2021 r., II GSK 1466/18 *„Z podaniem nieprawdziwych informacji będziemy mieli do czynienia w sytuacji celowego działania oferenta, który mimo świadomości niemożliwości spełniania określonych warunków, deklaruje taką możliwość. Nie każda zatem nieprawdziwa informacja stanowi podstawę do odrzucenia oferty, zaś "nieprawdziwość" ta musi dotyczyć okoliczności, które wpływają w jakikolwiek sposób na wynik postępowania, w tym takich,*

które mogą świadczyć o nieprawidłowym w przyszłości wykonaniu umowy.”. Tym samym oferta Odwołującego została zakwalifikowana do negocjacji, jedynie z mniejszą niż oczekiwana przez niego liczbą punktów, gdyż nie przyznano mu 2 punktów za warunek „Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”. Działanie komisji było zatem w tym zakresie prawidłowe.

W następnej kolejności Odwołująca Beata Ziarkowska zarzuciła naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez nieodrżucenie oferty zawierającej nieprawdziwe informacje złożonej przez oferenta EURO-MED spółka z o.o., gdyż jej zdaniem spółka EURO-MED przedstawiła dokumenty związane z posiadanymi certyfikatami ISO 9001 oraz ISO 27001, których zakres nie obejmuje pełnego określenia przedmiotu postępowania, na który złożono ofertę, a który był ogłoszony w niniejszym postępowaniu. EURO-MED Sp. z o.o. w pytaniu ankietowym w Rozdziale 2.4 Pozostałe warunki 2.4.1 oraz 2.4.2 zaznaczył odpowiedzi „TAK”, zaś komisja konkursowa przyznała za to dodatkową punktację EURO-MED spółka z o.o. za odpowiedź na pytanie ankietowe dotyczące posiadanego certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz ISO 9001, co zdaniem ww. Odwołującej było wadliwe, gdyż certyfikaty EURO-MED spółka z o.o. jej zdaniem nie obejmują pełnego przedmiotu postępowania na który złożono ofertę tj. wydane są w zakresie rehabilitacja lecznicza, fizjoterapia domowa, bez wskazania zakresu świadczeń fizjoterapii dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, obejmują zatem niepełny zakres, na jakie zostało ogłoszone postępowanie, zatem ww. oferent nie powinien za te kryteria mieć przyznane punkty, a tym samym oferta ww. Odwołującej znalazłaby się w rankingu końcowym na pierwszym miejscu.

W odpowiedzi na wyżej wymieniony zarzut, w pierwszej kolejności wskazać należy, że zgodnie z treścią § 6 pkt 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, kryterium posiadania certyfikatu zarządzania jest spełnione, jeżeli certyfikat obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie, a w przypadku dysponenta zespołów ratownictwa medycznego – miejsce stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego wskazane w ofercie. W niniejszej sprawie oferent EURO-MED Sp. z o.o. jako miejsce udzielania świadczeń wskazał Zespół Rehabilitacji Domowej, ul. Dworcowa 4, 63-500 Ostrzeszów. Miejsce to zostało wskazane zarówno w załączniku do certyfikatu systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO 9001 jak i w załączniku do certyfikatu systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji ISO 27001. Wobec tego uznać należy, że oferent EURO-MED Sp. z o.o. spełnia warunek wskazany w § 6 pkt 2 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Co więcej, reguła wnioskovania a maiori ad minus pozwala wysnuć wniosek, że skoro oferent EURO-MED Sp. z o.o. w ww. certyfikatach ma wpisany rodzaj rehabilitacja lecznicza w

zakresie: fizjoterapia domowa to tym bardziej certyfikaty te obejmują zakres fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, który to zakres znajduje się w ramach zakresu fizjoterapia domowa. Zarzut Odwołującej Beaty Ziarnkowskiej o wadliwym działaniu komisji konkursowej i nieprawidłowym przyznaniu oferentowi EURO-MED Sp. z o.o. punktów za spełnienie ww. kryteriów uznać zatem należy za chybiony.

Odwołująca Beata Ziarnkowska wskazała ponadto, że EURO-MED spółka z o.o. posługuje się certyfikatami wydanymi w języku obcym, a do składanych ofert dołącza tylko polską wersję certyfikatów, niewierzytelnych przez tłumacza przysięgłego, co jej zdaniem wskazuje na nieważność oferty ww. oferenta zgodnie z § 13.1. Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedstawione dokumenty nie spełniają zdaniem ww. Odwołującej norm tłumaczenia przysięgłego (na potwierdzenie czego załączyła do odwołania certyfikat Euro-Med sp. z o.o. w wersji anglojęzycznej), zaś wg niej tłumaczenie przysięgłe obowiązkowo zawierać powinno oświadczenie tłumacza o zgodności z oryginałem, a także być opatrzone pieczęcią urzędową. Odwołujący powołuje się na § 11 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 grudnia 1928 roku o tłumaczach przysięgłych, zgodnie z którym każde tłumaczenie przysięgłe musi być opatrzone pieczęcią tłumacza przysięgłego. Wobec powyższego, zdaniem Odwołującej Beaty Ziarnkowskiej, oferta Euro-Med. Sp. z o.o. powinna zostać odrzucona.

Odnosząc się do wskazanego zarzutu, należy wskazać, co następuje.

Zgodnie z § 13 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ ofertę sporządza się, pod rygorem nieważności: w sposób określony w § 10 oraz w sposób czytelny w języku polskim. W myśl § 10 ww. zarządzenia ofertę składa się w formie pisemnej oraz elektronicznej, a obejmuje ona:

- 1) dane identyfikacyjne oferenta;
- 2) wykaz podwykonawców z informacją o umowach podwykonawstwa, w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) wykaz personelu z opisem kompetencji; oferent obowiązany jest na wezwanie komisji prowadzącej postępowanie udokumentować gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie. Dokumentem potwierdzającym gotowość udzielania świadczeń jest zawarta z oferentem lub podwykonawcą umowa cywilnoprawna, w szczególności umowa o pracę lub pisemne zobowiązanie do zawarcia jednej z ww. umów;
- 4) wykaz zasobów (w szczególności sprzętu, pojazdów, pomieszczeń);

- 5) wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców;
- 6) ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń, w tym:
 - a) potencjał wykonawczy dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń na podstawie wykazów, o których mowa w pkt 2-5,
 - b) harmonogram udzielania świadczeń,
 - c) harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową;
- 7) ankiety dotyczące danego postępowania.

Jednocześnie do oferty sporządzonej w formie pisemnej należy załączyć dokumenty i oświadczenia, o których mowa w § 14 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ. Wśród dokumentów obligatoryjnych nie wymieniono certyfikatów ISO 9001:2015 i ISO 27001:2013.

Wskazane certyfikaty powinny zostać załączone do oferty na potwierdzenie spełnienia warunków dodatkowo ocenianych, o ile takie przewidziano w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert.

W niniejszym postępowaniu oferent EURO-MED Sp. z o.o. załączył certyfikaty ISO 9001:2015 i ISO 27001:2013 wraz z załącznikami w języku polskim (str. 45-60 oferty). Został tu zatem spełniony warunek wskazany w § 13 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ, zgodnie z którym ofertę sporządza się, pod rygorem nieważności: w sposób określony w § 10 oraz **w sposób czytelny w języku polskim**. Nie znajduje tu zatem zastosowania przywołany przez Odwołującą Beatę Ziarnkowską § 13 ust. 2 ww. zarządzenia, zgodnie z którym do dokumentów składanych w językach obcych należy załączyć ich tłumaczenie na język polski dokonane przez tłumacza przysięgłego. Oferent EURO-MED Sp. z o.o. nie przedłożył bowiem w ofercie dokumentów w języku obcym, wobec czego nie musiał składać ich również tłumaczenia na język polski dokonane przez tłumacza przysięgłego. Wobec zaś przedłożenia ww. certyfikatów w ofercie w języku polskim spełnił on warunek posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz posiadania certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, wobec czego zasadne było przyznanie mu za to punktów. Ww. certyfikaty zawierają wszystkie niezbędne elementy tj. zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczą, miejsca udzielania świadczeń objętych certyfikacją oraz daty ważności certyfikatów. Jedynie na marginesie dodać można, że z informacji zawartych na stronie internetowej jednostki certyfikującej www.ll-c.info wynika, że certyfikaty ISO 9001:2015 oraz ISO 27001:2013 wydane na rzecz podmiotu EURO-MED Sp. z o.o. są ważne odpowiednio do dnia 2 października 2025 roku oraz do dnia 26 lipca 2025 roku. Co więcej, przedstawione dokumenty zostały wystawione przez podmiot zewnętrzny będący akredytowaną jednostką certyfikującą. Wobec tego Fundusz nie

posiada kompetencji do podważania treści wystawionych przez tą jednostkę certyfikatów. Z dokumentów tych wynika w sposób niebudzący wątpliwości, że zakresem certyfikatu ISO 9001:2015 nr E77837D73B3 oraz certyfikatu ISO 27001:2013 nr 94D62E80-C27 objęty jest zakres świadczeń opieki zdrowotnej: fizjoterapia domowa, realizowany m.in. przez Zespół Rehabilitacji Domowej, ul. Dworcowa 4, 63-500 Ostrzeszów, która to komórka organizacyjna została zarejestrowana w RPWDL dla podmiotu EURO-MED Sp. z o.o. Dodać należy, że wskazane certyfikaty posiadają akredytację Polskiego Centrum Akredytacji. Zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej Polskiego Centrum Akredytacji¹, jest ono sygnatariuszem wielostronnych porozumień w ramach organizacji międzynarodowych, m.in. IAF MLA (International Accreditation Forum Multilateral Recognition Arrangement) w zakresie akredytacji, m.in.: jednostek certyfikujących systemy zarządzania jakością, systemy zarządzania środowiskowego, systemy zarządzania bezpieczeństwem żywności, systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji, systemy zarządzania energią, systemy zarządzania w obszarze wyrobów medycznych. Celem porozumień jest swobodny przepływ wyników akredytowanych certyfikacji/weryfikacji/badań/inspekcji/wzorcowań w Europie i na świecie. Porozumienia te opierają się na procesie wzajemnych ocen, które mają na celu zapewnienie, iż wszyscy jego sygnatariusze prowadzą systemy akredytacji w sposób równoważny i kompetentny oraz zgodny z międzynarodowymi normami i wytycznymi. W związku z powyższym zakłada się, że jednostki oceniające zgodność, akredytowane przez odpowiednie krajowe jednostki akredytujące – sygnatariuszy wielostronnych porozumień – w ramach prowadzenia działań objętych zakresem akredytacji, również spełniają wymagania odpowiednich norm, a wydawane przez nie certyfikaty i sprawozdania są jednakowo wiarygodne. Wielostronne porozumienia umożliwiają swobodny przepływ towarów w Europie i na świecie, a także eliminują konieczność badania lub certyfikowania produktów i usług w każdym kraju, w którym są one sprzedawane czy świadczone. Porozumienie EA MLA ułatwia dostęp do rynków w UE, natomiast ILAC MRA i IAF MLA - dostęp do rynków na całym świecie. Powyższe zgodne jest ponadto z treścią § 6 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert. Akredytacja IAF MLA dla jednostki certyfikującej, która wydała certyfikaty ISO dla podmiotu EURO-MED Sp z o.o., jest uznawana na terenie Polski. Biorąc pod uwagę powyższe, tym bardziej zasadne było przyznanie oferentowi EURO-MED przyznanie punktów za spełnienie warunku posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz posiadania certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Wobec powyższego, zarzuty przedstawione przez Odwołującą Beatę Ziarnkowską nie mogą zostać uwzględnione, bowiem w toku postępowania konkursowego nie doszło do naruszenia jej interesu prawnego.

¹ <https://www.pca.gov.pl/wspolpraca-miedzynarodowa/wspolpraca/cel-porozumien/>.

W odniesieniu do Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. należy wskazać co następuje.

Regulacja zawarta w art. 149 ust. 1 Ustawy zawiera enumeratywne wyliczenie przyczyn, których zaistnienie bezwzględnie zobowiązuje komisję konkursową do odrzucenia oferty. Analizując przedmiotowy katalog uzasadnione jest twierdzenie, że przyczyny te mają charakter tego rodzaju wymogów, które musi spełniać oferta – niezależnie od aspektów formalnych, również wymogów merytorycznych, wynikających m.in. z obowiązku spełnienia warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2, a zatem takich, które mają charakter wymagań koniecznych. Brak ich spełnienia jest natomiast brakiem nieusuwalnym, uniemożliwiającym dopuszczenie oferty do konkursu ze skutkiem jej odrzucenia.

Wobec powyższego, w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może brać udziału oferta niespełniająca chociażby jednego z warunków określonych prawem lub określonych przez Prezesa Funduszu. Już bowiem w momencie składania oferty Odwołujący był zobligowany do wykazania, że w jego przypadku nie zachodziła żadna z przesłanek, o których mowa w art. 149 ust. 1 Ustawy, powodująca konieczność odrzucenia oferty (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 8 grudnia 2020 r. sygn. akt II GSK 1066/20). Odmienne postępowanie w tym zakresie prowadziłoby do ponoszenia przez Fundusz pełnego ryzyka nienależytego zabezpieczenia realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Nie można również wykluczyć, że mogłoby stanowić to zachętę dla innych oferentów do celowego składania ofert nierzetelnych.

Nie uprzedzając szczegółowego odniesienia się do zarzutów Odwołującego, dotyczących przebiegu postępowania konkursowego nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w kontekście analizy, czy doszło do naruszenia jego interesu prawnego, należy przede wszystkim wskazać, że istota sporu skupia się na kwestii oceny prawidłowości postępowania komisji konkursowej, która prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, odrzuciła ofertę Odwołującego jako niespełniającą warunków wymaganych, o których mowa w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

Wymaga zatem przypomnienia, że w złożonej ofercie 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 zawarcia i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania. W tym miejscu wskazać należy, że warunki wymagane do udzielania świadczeń w zakresie fizjoterapii realizowanej w warunkach domowych, dotyczące wyposażenia świadczeniodawców zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.). Zgodnie z załącznikiem nr 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ (ppkt b, lp. 2) do powyższego rozporządzenia, wymaganym wyposażeniem świadczeniodawcy do realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych w zakresie fizjoterapii domowej należy m.in. przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem – nie mniej niż 1 zestaw na 2 fizjoterapeutów, natomiast gwarantowane fizjoterapeutyczne realizowane przy pomocy wskazanego sprzętu to:

- galwanizacja,
- jonoforeza,
- elektrostymulacja,
- tonoliza,
- prądy diadynamiczne,
- prądy interferencyjne,
- prądy TENS,
- prądy TRAEBERTA,
- prądy KOTZA.

Po przeprowadzonej weryfikacji oferty, komisja konkursowa w dniu 6 września 2024 r. przesłała do Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. wezwanie do złożenia wyjaśnień i/lub przedłożenia dokumentów, na podstawie § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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 2020 r., poz. 1858), wzywając m.in. do przedłożenia tytułu prawnego do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej wskazanych w części VI formularza ofertowego.

W dniu 11 września 2024 r. Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. przesłał do Oddziału Funduszu wyjaśnienie, w którym przekazał faktury VAT (numer: FS-6934/23/HK03, FV_FIZ/285/PL/2302) potwierdzające zakup wskazanego w ofercie sprzętu.

Komisja konkursowa po zweryfikowaniu przesłanych dokumentów, w dniu 16 września 2024 r. przesłała ww. Odwołującemu wezwanie do przedłożenia kart charakterystyki zgłoszonego do oferty sprzętu:

- przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem I-TECH T-ONE SPORT, numer seryjny: 000148,
- przenośny zestaw do biostymulacji laserowej – KOLMIO BIOLASER 2 – numer seryjny: 1034.

W dniu 17 września 2024 r. Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. przesłał do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia karty charakterystyki wskazanego wyżej sprzętu. Po przeanalizowaniu przesłanych dokumentów komisja konkursowa ustaliła, że wskazanym w części VI formularza ofertowego sprzętem do elektroterapii Model T-One, wersja Medi Sport (numer seryjny 000148), możliwa jest realizacja zabiegów fizjoterapeutycznych: jonoforeza, elektrostymulacja, galwanizacja i prądy TENS. Brak jest więc możliwości realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych: tonoliza, prądy didynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TRAEBERTA, prądy KOTZA.

W dniu 19 września 2024 r. komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację miejsca udzielania świadczeń Odwołującego CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH, podczas którego potwierdziła, iż wykazany przez ww. Odwołującego sprzęt nie spełnia wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.).

Uwzględniając powyższe komisja konkursowa w dniu 20 września 2024 r. poinformowała ww. Odwołującego o odrzuceniu jego oferty w którym wskazała, iż nie spełnia on warunku wymaganego w zakresie wyposażenia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie fizjoterapii domowej określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.) oraz złożonej deklaracji w przedmiocie spełnienia warunków wymaganych, o których mowa w pytaniu ankietowym 5.1.1. formularza ofertowego.

W dniu 25 września 2024 r. do Oddziału Funduszu wpłynął protest Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. dotyczący decyzji komisji konkursowej o odrzuceniu jego oferty. W uzasadnieniu protestu ww. Odwołujący wskazał, że komisja konkursowa niewłaściwie

zastosowała art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy i odrzuciła ofertę pomimo tego, że oferta i oferent spełniają wymagane warunki, określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, a także że niewłaściwie zastosowała wykładnię załącznika nr 1 do rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.), lp. 2 lit b, kolumna 3, pkt 2 ppkt 1) w korespondencji z kolumną 2 pkt. 3. Ponadto przytoczył on definicję sprzętu przenośnego „(...) urządzenie przenośne to takie, które może być przenoszone przez użytkownika bez konieczności angażowania dodatkowych środków i umożliwiać skorzystanie z niego bez konieczności utrzymywania przewodowego połączenia z siecią.”. Wskazał, że komisja konkursowa analizując zapisy załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia w części dotyczącej warunków wymaganych od realizatorów świadczeń fizjoterapii domowej i formułując wniosek, iż przenośny zestaw do elektroterapii powinien mieć możliwość zrealizowania wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu światłolecznictwa przewidzianych w tymże rozporządzeniu: galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy TRAEBERTA oraz prądy KOTZA, pominęła dwa zabiegi wskazane w rozporządzeniu, mianowicie: ultradźwięki miejscowe i ultrafonoforezę. Dodatkowo ww. Odwołujący we wniesionym proteście przekazał, że w ramach swojej działalności korzysta z profesjonalnego sprzętu medycznego przeznaczonego dla fizjoterapeutów, dystrybuowanego przez wyspecjalizowane w tym zakresie podmioty, czego dowiódł przedstawiając dokument zakupu sprzętu wykazanego w ofercie. Dodatkowo podkreślił, że dostawca sprzętu, z którym współpracuje (Elmedico), a także inny podmiot profesjonalnie zajmujący się wyposażeniem fizjoterapeutów (Bardomed), jednogłośnie wskazują, że na rynku nie jest obecnie dostępne przenośne urządzenie, które umożliwiłoby realizację wszystkich wymienianych zabiegów. Tym samym wskazał, że twierdzenie komisji, że oferent powinien dysponować sprzętem, który umożliwia realizację wszystkich zabiegów gwarantowanych wymienionych w części rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.) dotyczącej fizjoterapii domowej, nie ma żadnego oparcia w obowiązujących przepisach prawa. Według Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. komisja nie zauważyła, że w kolumnie 2, poza zabiegami z elektrolecznictwa wskazane są także zabiegi takie jak: masaż limfatyczny mechaniczny – leczniczy, leczenie polem elektromagnetycznym oraz światłolecznictwo i termoterapia, których nie można wykonać bez posiadania odpowiedniego sprzętu. Sprzęt ten z kolei nie jest wskazany jako wymagany od świadczeniodawcy realizującego świadczenia z zakresu fizjoterapii domowej. Ponadto Odwołujący stwierdził, że świadczenia z zakresu fizjoterapii domowej są kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia od 2018 roku i nigdy na przestrzeni tych 6 lat żaden z oddziałów wojewódzkich, w

tym także wielkopolski, nie kwestionował zakresu funkcjonalności sprzętu do elektrolecznictwa tak na etapie postępowania konkursowego, jak i później w trakcie realizacji świadczeń. Nigdy też nie było formułowane oczekiwanie, by sprzęt przenośny umożliwiał realizację wszystkich świadczeń gwarantowanych z zakresu elektrolecznictwa, jak również nie oczekiwano, że oferent będzie dysponował każdym innym sprzętem niezbędnym do realizacji innych świadczeń gwarantowanych wskazanych w zakresie fizjoterapii domowej. W okresie tym nie miała miejsca także żadna nowelizacja przepisów prawnych, czy to na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia czy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, która mogłaby stanowić uzasadnienie dla zmiany podejścia w tym zakresie. Wobec czego Odwołujący wskazał, że wprowadzenie teraz tak szerokiej interpretacji przepisów prawnych stanowiłoby naruszenie równego traktowania świadczeniodawców przez Narodowy Fundusz Zdrowia, abstrahując od tego, że ta interpretacja nie znajduje oparcia w aktualnym stanie prawnym. Na samym końcu wniesionego protestu Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. podniósł, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w momencie ogłaszania postępowania konkursowego w zakresie fizjoterapii domowej dokonał interpretacji postanowień § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej przewidując, że mogą występować w tym zakresie rozbieżności. Według Odwołującego Oddział Funduszu nie podjął się jednak poinformowania świadczeniodawców co do treści zawartych w załączniku nr 1, co mogło prowadzić do konkluzji, że interpretacja przepisów, która stała się podstawą odrzucenia oferty powstała w komisji konkursowej już na etapie oceny ofert i miała na celu ograniczenie kręgu podmiotów, które mogłyby ubiegać się o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie. Wobec powyższego Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. wniósł o powtórzenie czynności komisji konkursowej w zakresie oceny, czy Oferent i jego oferta spełniają wymagane warunki określone w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, w szczególności w aspekcie udzielenia odpowiedzi ankietowej „tak” na pytanie 5.1.1. „W okresie związania ofertą oraz przez cały czas realizacji umowy Ofert 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. W dniu 27 września 2024 r. komisja konkursowa postanowiła oddalić protest wniesiony przez Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. W uzasadnieniu swojej decyzji komisja konkursowa odniosła się do argumentów wyrażonych w treści złożonego protestu i wskazała, że warunki wymagane do zawarcia umowy na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapii

realizowanej w warunkach domowych, dotyczące wyposażenia świadczeniodawcy zostały określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.). We wskazanym załączniku nr 1 „WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ” w lp. 2 ppkt b) w kolumnie 3 określone zostało wyposażenie świadczeniodawcy wymagane do realizacji świadczeń – w tym m.in. przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem – nie mniej niż 1 zestaw na 2 fizjoterapeutów. Komisja konkursowa analizując ofertę i dokonując oceny zadeklarowanego w niej sprzętu nie zakwestionowała przenośnego charakteru urządzeń, które wskazał ww. Odwołujący. Jednakże zadeklarowanym przez Odwołującego sprzętem do elektroterapii: Model T-One, wersja Medi Sport (numer seryjny: 000148), możliwa jest realizacja zabiegów fizjoterapeutycznych: jonoforeza, elektrostymulacja, galwanizacja i prądy TENS, co stwierdzone zostało na podstawie przełożonej karty charakterystyki do posiadanego sprzętu. Ustalenie komisji zostało potwierdzone w dniu 19 września 2024 r. podczas przeprowadzonej weryfikacji miejsca udzielania świadczeń, z której został sporządzony protokół. W protokole zawarto, że po sprawdzeniu sprzętu stwierdzono, że urządzenie do elektroterapii posiada program TENS oraz elektrostymulację. Powyższe stwierdzenie było znane Odwołującemu, co potwierdził podpisem otrzymując kopię protokołu w dniu weryfikacji, tj. 19 września 2024 r. Ponadto komisja konkursowa wskazała, że Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. w złożonym przez siebie proteście nie zakwestionowała ustaleń komisji w zakresie możliwych do realizacji zabiegów elektroterapii wskazanym w ofercie sprzętem Model T-One, wersja Medi Sport (numer seryjny: 000148), jak i nie wskazała w prezentowanym stanowisku na dodatkowe elementy zadeklarowanego sprzętu, które pozwoliłyby na spełnienie realizacji gwarantowanych zabiegów fizjoterapii. Komisja konkursowa podniosła, iż ponowna analiza wskazała, że brak jest zatem możliwości zrealizowania wszystkich zabiegów gwarantowanych z zakresu elektrol Lecznictwa przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.). Dodatkowo w ww. rozporządzeniu w zakresie wyposażenia świadczeniodawcy szczegółowo wskazano: „1) przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem, 2) przenośny zestaw do biostymulacji laserowej, (...)”, wobec czego komisja konkursowa nie weryfikowała posiadania innego sprzętu umożliwiającego realizację pozostałych zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 lp. 2 ppkt b) kolumna 2 (z wyjątkiem sytuacji, w której oferent zadeklarował w części VI formularza ofertowego taki sprzęt). Komisja konkursowa poinformowała również, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ogłaszając postępowanie konkursowe każdorazowo przedstawia informację/interpretację w zakresie obowiązku zapewnienia usług w zakresie transportu sanitarnego oraz zapewnienia diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Podsumowując wskazano, że

oczywistym faktem jest, że wymagany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej od świadczeniodawcy sprzęt powinien posiadać specyfikację umożliwiającą wykonywanie przewidzianych w rozporządzeniu zabiegów, w tym również z zakresu elektrolecznictwa. Wobec powyższego komisja konkursowa uznała protest za bezzasadny i postanowiła go nie uwzględniać.

Analizując całokształt materiału zgromadzonego w sprawie, a zatem ofertę Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. wraz z następczymi wyjaśnieniami i przedkładanymi dokumentami, jak również dokumenty wytworzone przez komisję konkursową w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego oraz argumentację podniesioną w złożonym odwołaniu, należy rozważyć kilka istotnych aspektów przedmiotowej sprawy.

Przede wszystkim wymaga wskazania, że w art. 31d pkt 2 Ustawy przyznano kompetencję dla określenia przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem warunków realizacji danego świadczenia, w tym również dotyczące zapewnienia personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym przede wszystkim wymagane kwalifikacje personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, określają wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 31d Ustawy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym zastosowanie w tym względzie znalazło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”. Ponadto Prezes Funduszu – na podstawie art. 146 ust. 1 Ustawy – określił przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie oraz mając na uwadze konieczność stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronizacji. W drodze delegacji, o której mowa w art. 146 Ustawy, Prezes Funduszu wydał zarządzenie obejmujące istotne zagadnienia związane z postępowaniem prowadzonym w trybie konkursu ofert, określając jednocześnie szczegółowe warunki zawierania oraz realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie ww. umowy (oferent) ma obowiązek przygotować i

złożyć ofertę zgodnie z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania i realizacji umów. Dla przedmiotowego postępowania zastosowanie znalazło w tym względzie zarządzenie nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (ze zm.), zwane dalej: „zarządzeniem 195/2020/DSOZ”. Warunki wymagane określone w przepisach prawa, jak również warunki określone przez Prezesa Funduszu, mają charakter warunków *sine qua non* uczestnictwa w postępowaniu. Formułowane są w taki sposób, że można je spełniać lub nie, zaś samo ich spełnianie nie podlega stopniowaniu. Z kolei niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, skutkuje na mocy art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy odrzuceniem oferty.

Wyrazem realizacji zasady zapewniającej równe traktowanie świadczeniodawców są również określone przez Ministra Zdrowia szczegółowe kryteria oceny ofert. Dla przedmiotowego postępowania zostały one określone w Tabeli nr 1 Rehabilitacja lecznicza, cz. 3. „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej., zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”. Pozwalają one z kolei na ocenę oferty ponad warunki wymagane i umożliwiają zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji sporządzanie oferty przez uczestników postępowania konkursowego w oparciu o takie same kryteria dotyczące jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości udzielania świadczeń. Jednocześnie, co istotne, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

W toku prowadzonego postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 oferta złożona przez Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnianie warunków wymaganych, tj. wyposażenia w sprzęt niezbędny do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu fizjoterapii domowej określonego w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.),

mimo, że zadeklarował w złożonej w ofercie, że „*W okresie zwiqzania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania*”:

Zgodnie z załącznikiem nr 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ (ppkt b, lp. 2) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.):

„2. Wyposażenie świadczeniodawcy:

- 1) przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem - nie mniej niż 1 zestaw na 2 fizjoterapeutów;”.

Natomiast, zgodnie z ww. rozporządzeniem (ppkt 2, lp. 3) gwarantowane zabiegi fizjoterapeutyczne realizowane przy pomocy tego sprzętu to:

„3. Elektrolcznictwo

- 3.1. galwanizacja,
- 3.2. jonoforeza,
- 3.3. elektrostymulacja,
- 3.4. tonoliza,
- 3.5. prądy diadynamiczne,
- 3.6. prądy interferencyjne,
- 3.7. prądy TENS,
- 3.8. prądy TRAEBERTA,
- 3.9. prądy KOTZA,
- 3.10. ultradźwięki miejscowe,
- 3.11. ultrafonoforeza.”.

Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. w złożonej przez siebie ofercie zadeklarował, że dysponuje jednym zestawem do biostymulacji (numer seryjny: 1034) oraz jednym zestawem do elektroterapii z osprzętem (numer seryjny: 000148).

Wobec powyższego komisja konkursowa w dniu 16 września 2024 r. wezwała ww. Odwołującego do przedłożenia kart charakterystyki zgłoszonego do oferty sprzętu:

- przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem I-TECH T-ONE SPORT (numer seryjny: 000148),
- przenośny zestaw do biostymulacji laserowej KOLMIO BIOLASER 2 (numer seryjny: 1034).

Z przedłożonych kart charakterystyki, przesłanych do Oddziału Funduszu w dniu 16 września 2024 r.) wynika, iż za pomocą sprzętu do elektroterapii Model T-One, wersja Medi Sport (numer seryjny: 000148) możliwa jest jedynie realizacja zabiegów fizjoterapeutycznych: jonoforezy, elektrostymulacji, galwanizacji oraz prądów TENS. Powyższe wskazuje, że za pomocą ww. wskazanego sprzętu nie jest możliwa realizacja reszty zabiegów wykazanych w załączniku nr 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ (ppkt b, lp. 2) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.), takich jak: tonoliza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TRAEBERTA, prądy KOTZA, ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza. Tym samym deklaracja ww. Odwołującego, zawarta w formularzu ofertowym w pytaniu ankietowym 5.1.1. „W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji Oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.” nie jest prawdziwa. Powyższe twierdzenie zostało również potwierdzone w dniu 17 września 2024 r. przez komisję konkursową podczas weryfikacji miejsca udzielania świadczeń.

Wobec tego komisja konkursowa w dniu 20 września 2024 r. działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 w zw. z art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła ofertę Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. w przedmiocie niewłaściwej wykładni załącznika nr 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ (ppkt b, lp. 2) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.) wskazania wymaga, iż ww. rozporządzenie w zakresie wyposażenia świadczeniodawcy szczegółowo wskazuje zarówno wymagany sprzęt, jak i zabiegi które mają być za pomocą tego sprzętu wykonywane.

Potwierdza to również załączone ww. odwołania pismo Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia zgodnie, z którym „(...) „koszyk” kreuje warunki podstawowe do realizacji zakresów świadczeń i w żadnym stopniu nie ogranicza świadczeniodawców w doborze dodatkowego wyposażenia medycznego, umożliwiającego wykonanie świadczeń.”. Wywodzić z tego należy, iż wskazane w ww. rozporządzeniu sprzęt oraz zabiegi stanowią elementy obligatoryjne, które muszą zostać zapewnione w ramach zawartej umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Jednakże w sytuacji, gdy dany sprzęt umożliwia jedynie realizację części zabiegów, możliwe jest wskazanie również innego sprzętu zapewniającego realizację reszty wskazanych w rozporządzeniu zabiegów. Powyższe zostało również zawarte ww. wskazanym piśmie Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia „(...) w przypadku gdy specyfikacja techniczna wyrobów medycznych obligatoryjnie wymaganych od oferentów/świadczeniodawców uniemożliwia wykonanie wszystkich świadczeń dedykowanych pacjentom z dysfunkcją narządu ruchu, to możliwość ich rozliczenia warunkowana jest wskazaniem dodatkowych zasobów sprzętowych.”. Zaznaczyć należy, iż Odwołujący Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. konstruując ofertę miał możliwość wskazać również inny sprzęt w ramach, którego możliwa byłaby realizacja wszystkich pozostałych świadczeń, czego nie dokonał. Wobec powyższego stwierdzić należało, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy Odwołujący nie spełnia i nie będzie spełniał wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.) oraz w zarządzeniu Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn. zm.).

Nadmienić należy, jak wskazano w piśmie Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia załączonym przez Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. do odwołania: „Przedmiotowe rozporządzenie nie określa szczegółowej specyfikacji wymaganych wyrobów medycznych oraz ich funkcjonalności. W związku z powyższym należy przyjąć, że każdy wyrób medyczny, tj. zestaw do elektroterapii z osprzętem oraz zestaw do biostymulacji laserowej umożliwiający ich przenoszenie przez osobę wykonującą świadczenie spełnia minimalne wymagania dla sprzętu medycznego dedykowanego realizacji świadczeń fizjoterapii domowej. Wykładnia językowa nie pozwala na przyjęcie, że wyłącznie zestawy posiadające niezależne źródło zasilania spełniają kryterium umożliwiające uznanie ich za „przenoszalne”. Sprzęt przenośny to urządzenia elektroniczne lub mechaniczne, które są zaprojektowane w taki sposób, aby były łatwe do przenoszenia i użytkowania w różnych miejscach. Zwykle cechuje się kompaktowymi rozmiarami, niewielką wagą, niezależnie od źródła zasilania. W odniesieniu do przedmiotowej sprawy, przenośny

zestaw do elektroterapii z osprzętem powinien być niewielki, łatwy do przenoszenia i użytkowania w różnych warunkach, tym samym być wygodnym narzędziem terapeutycznym dla pacjentów wymagających długotrwałej terapii elektroterapeutycznej.

Reasumując, komisja konkursowa w odniesieniu do załącznika nr 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ (ppkt b, lp. 2) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. zm.) zastosowała prawidłową wykładnię, a zarzut Odwołującego ww. zakresie jest bezzasadny.

Komisja konkursowa prawidłowo również uznała, że niespełnienie przez Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. wymaganego warunku w zakresie posiadania wyposażenia potrzebnego do realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie fizjoterapii domowej określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz tym samym nieprawdziwa deklaracja ww. Odwołującego w przedmiocie spełnienia warunków wymaganych, o których mowa w pytaniu ankietowym 5.1.1., wiąże się nieuchronnie z odrzuceniem złożonej przez niego oferty. Jak wynika bowiem z jednoznacznego brzemienia art. 149 ust.1 pkt 7 Ustawy: „*Odrzuca się ofertę (...), 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 (...)*”. Konsekwencją powyższego jest to, że najpóźniej w momencie dokonywania oceny oferty złożonej w terminie, a zatem w trakcie złożenia ofert, wymogi te muszą zostać spełnione. Potwierdził to również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Łodzi w wyroku z dnia 31 stycznia 2020 r. o sygn. III SA/Łd 827/19 wskazując m.in., że niedopuszczalną jest sytuacja, w której oferent uzupełnia wymagania, które mają charakter warunków koniecznych do udziału w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w trakcie trwania tego postępowania. Oferta na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie ma być aktualna w toku całego postępowania, a zatem od dnia jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy oraz przez cały okres jej realizacji, co ma służyć konkretnemu celowi – stworzeniu możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego. Jednocześnie należy wyraźnie podkreślić, że spełnienie przez oferenta wymagań związanych ze spełnieniem warunków wymaganych podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 listopada 2016 r. sygn. II GSK 912/15).

W kontekście powyższego warto również przytoczyć tezy zaprezentowane w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 stycznia 2021 r. sygn. II GSK 1894/18. Sąd wskazał bowiem, że

„Składane przez oferenta oświadczenie o spełnianiu warunków koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych (...) ma charakter oświadczenia wiedzy w rozumieniu art. 61 § 1 KC, które jest złożone organizatorowi konkursu z chwilą określoną jako termin otwarcia ofert i od tego momentu oferent jest związany ofertą również w rozumieniu § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Składane przez oferenta zapewnienie o spełnianiu wszelkich warunków musi być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty, jak i od początku obowiązywania umowy, co oznacza zapewnienie o trwałości spełniania warunków w tym czasie, a co za tym idzie, również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oferta ma być zatem aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy.”. Ponadto Naczelny Sąd Administracyjny w tezie drugiej podkreślił, że „Art. 142 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakazuje weryfikować oferty według stanu na dzień ich złożenia, nie zaś na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przyjęcie odmiennej wykładni prowadziłoby do możliwości przyznawania oferentom biorącym udział w postępowaniu o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej punktacji w oparciu o zdarzenia przyszłe i niepewne, co byłoby sprzeczne z wyrażonymi w art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zasadami równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz uczciwej konkurencji.”.

Dodatkowo należy wskazać, że świadczeniodawca decydujący się na złożenie oferty w konkretnym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma obowiązek zapoznać się z przepisami prawa, które regulują warunki, jakie musi spełniać, aby złożona przez niego oferta została zakwalifikowana do dalszej części postępowania. Musi spełniać przede wszystkim warunki wymagane, które mają przymiot warunków *sine qua non*. Brak ich spełnienia skutkować będzie jedynym słusznym postępowaniem ze strony komisji konkursowej, a zatem odrzuceniem takiej oferty.

Regulacja zawarta w art. 149 ust. 1 Ustawy zawiera enumeratywne wyliczenie przyczyn, których zaistnienie bezwzględnie zobowiązuje komisję konkursową do odrzucenia oferty. Analizując przedmiotowy katalog uzasadnione jest twierdzenie, że przyczyny te mają charakter tego rodzaju wymogów, które musi spełniać oferta – niezależnie od aspektów formalnych, również wymogów merytorycznych, wynikających m.in. z obowiązku spełnienia warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których

mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 (art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy), a zatem takich, które mają charakter wymagań koniecznych. Brak ich spełnienia jest natomiast brakiem nieusuwalnym, uniemożliwiającym dopuszczenie oferty do konkursu ze skutkiem jej odrzucenia.

Wobec powyższego w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może brać udziału oferta, niespełniająca chociażby jednego z warunków określonych prawem lub określonych przez Prezesa Funduszu.

W kontekście zarzutu dotyczącego naruszenia przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich oferentów oraz zasady uczciwej konkurencji, należy przede wszystkim wskazać, że art. 134 Ustawy stanowi, iż Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy 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, że 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/zakresu świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01, co wskazano już wcześniej, był to załącznik nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia rehabilitacja lecznicza”, a konkretnie Tabela nr 1 Rehabilitacja lecznicza, cz. 3. „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia domowa” oraz Tabela „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”. Komisja konkursowa dokonała oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosił odpowiedzialność za treść złożonej oferty i był 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.

Zasada uczciwej konkurencji natomiast realizowana jest przez Fundusz poprzez przyjęcie, że w postępowaniu dotyczącym podziału ograniczonych środków finansowych, bierze udział nieograniczona ilość oferentów (por. orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 26 kwietnia 2017 r., sygn. akt II SA/Ol 214/17). Ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W stosunku do żadnego z oferentów nie zastosowano zatem innego, dodatkowego kryterium oceny oferty aniżeli te, wskazane w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Należy zgodzić się zatem, iż taki sposób postępowania przez komisję konkursową eliminuje element subiektywny, jakim byłoby stosowanie wobec niektórych oferentów dodatkowych kryteriów oceny. Fundusz nie może zgodzić się z Odwołującym Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o., że komisja konkursowa dokonała oceny ofert w sposób nierzetelny, w oparciu o niepełną i nieprawidłową weryfikację wymogów spełnianych przez świadczeniodawców biorących udział w przedmiotowym postępowaniu. Należy przypomnieć, że w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, w wyniku tej oceny, sześć ofert zostało odrzuconych na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, jako niespełniające warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz zarządzeniach Prezesa Funduszu. Stąd też nie sposób przyznać racji Odwołującemu Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o., że komisja konkursowa w toku postępowania podejmowała działania nierzetelne lub niezgodne z prawem. Każdy z oferentów podlegał ocenie względem takich samych kryteriów, określonych w sposób zobiektywizowany w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz ma obowiązek stosowania podczas oceny tych samych warunków w stosunku do wszystkich oferentów biorących w nim udział. W tej kwestii wypowiedział się również Naczelny Sąd Administracyjny, który w uzasadnieniu wyroku z dnia 23 lutego 2021 r. II GSK 1340/20 wskazał, że *„Zasady przewidziane art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (a to zasady: równego traktowania i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji) mogą się przejawiać w różnych aspektach, natomiast przejawem ich realizacji jest stosowanie takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu. Nakaz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i gwarantowania uczciwej konkurencji obowiązuje w toku całego postępowania, mającego na celu wyłonienie świadczeniodawcy określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, oznacza, że określone dla oferentów przez Prezesa*

Funduszu warunki muszą zostać spełnione przez wszystkich oferentów w tym samym czasie, którym jest najdalej ostatni dzień składania ofert.”.

Biorąc powyższe pod uwagę należy wskazać, że po przeanalizowania całości materiału brak jest podstaw by stwierdzić, iż komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 dopuściła się naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy poprzez nierówne traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz prowadzenie postępowania w sposób nie gwarantujący uczciwej konkurencji.

Ponadto warto nadmienić, iż nawet gdyby oferta Odwołującego nie została odrzucona w toku niniejszego postępowania i została dopuszczona do negocjacji, a ww. Odwołującemu zostałyby przyznane punkty za spełnienie wszystkich zadeklarowanych przez niego w formularzu ofertowym kryteriów (przy założeniu, że w toku postępowania komisja nie zweryfikowałaby żadnej z tych odpowiedzi na jego niekorzyść i nie odjęła mu żadnych punktów), ww. Odwołujący otrzymałby 71 punktów na podstawie odpowiedzi udzielonych w ankiecie tego formularza. W zakresie ceny wykazanej w ofercie i określonej na poziomie 1,43 zł za jednostkę rozliczeniową, otrzymałby w tej sytuacji 5 punktów za kryterium cena. Łącznie uzyskałby w tej sytuacji 76 punktów, co umiejscowiłoby go w rankingu końcowym na 3 pozycji. Wobec faktu, że w niniejszym postępowaniu konkursowym mogła zostać zawarta tylko jedna umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie byłoby i tak możliwości zawrzeć takiej umowy z ww. Odwołującym.

Wobec powyższego uznać należy, że zarzuty Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. są bezzasadne i nie mogą zostać uwzględnione.

W odniesieniu do zarzutów Odwołującego GO-MAX Sp.z o.o. wskazać należy, co następuje.

Ww. Odwołujący stwierdził, iż w toku postępowania konkursowego podmiot leczniczy EURO-MED Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą w Tychach przy ul, Alfonsa Zgrzebnioka nr 22 przedstawił na stronach 37, 38, 39, 40, 41, 42 oferty konkursowej kopię polisy Ubezpieczenia Podmiotu Leczniczego seria PL_T numer 284924819 z dnia 28.12.2023 r. a jednocześnie na stronie 43 przedstawił kopię aneksu nr 50588 zawartego w dniu 16 sierpnia 2024 r. zmieniającego zapis polisy PL-T nr 284924819 zawartej dnia 2024-07-20 z datą obowiązywania od 17-08-2024 r., nadto załączył do oferty kopie certyfikatów ISO 9001:2015 nr 489382 (strona 45 oferty) oraz certyfikat ISO/IEC 27001:2013 nr 489133 (strona 53 oferty) z ważnością od 1 sierpnia 2024 roku do 26 lipca 2025 roku. wraz z załącznikami do certyfikatu wskazującymi iż dotyczy on placówki: ul. Dworcowa 4, 83-500 Ostrzeszów. Wobec powyższego oferent ten, zdaniem ww. Odwołującego, przedstawił w postępowaniu konkursowym polisę ubezpieczenia OC podmiotu leczniczego obejmującą lokalizację

komórki organizacyjnej w Ostrzeszowie przy ul. Dworcowej 4, a obowiązującą zgodnie z dokumentującym to aneksem od dnia 2024-08-17, nie zachowując ciągłości od 01.01.2024 r., co przy rozpoczęciu i nieprzerwanym prowadzeniu działalności leczniczej w ww. komórce organizacyjnej od dnia 2022-10-14 (wg RPWDL) stanowi zdaniem ww. Odwołującego istotne naruszenie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zarówno w art. 17 pkt 4 podpunkt a, jak i art. 25 pkt 2. Jak stwierdził ww. Odwołujący, wobec niespełniania wymogów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej komórka organizacyjna powinna być wykreślona z Rejestru Podmiotów Leczniczych przez organ nadzorczy podmiotu leczniczego EURO-MED Sp. z o.o. lub Wojewodę Śląskiego.

Z zarzutem tym nie można się zgodzić. Już bowiem z umowy ubezpieczenia podmiotu leczniczego polisa seria PL_T numer 284924819, której potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię oferent EURO-MED Sp. z o.o. przedłożył na stronach 37, 38, 39, 40, 41, 42, a która została zawarta 28 grudnia 2023 roku oferty konkursowej wynika, że okres obowiązywania tej umowy wynosił od dnia 1 stycznia 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku. Nie może być zatem mowy o braku ciągłości umowy ubezpieczenia ww. oferenta od dnia 1 stycznia 2024 roku, jak to twierdzi Odwołujący GO-MAX Sp. z o.o., bowiem z ww. umowy ubezpieczenia wyraźnie wynika, że oferent EURO-MED Sp. z o.o. posiada ubezpieczenie obowiązujące od dnia 1 stycznia 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku. Nadto w dniu 16 sierpnia 2024 roku zawarł on aneks nr 50588 do polisy seria PL_T numer 284924819 zawartej dnia 20 lipca 2024 roku, w którym to aneksie rozszerzył od dnia 17 sierpnia 2024 roku zakres ubezpieczenia o dwie lokalizacje, w tym lokalizację przy ul. Dworcowej 4 w Ostrzeszowie (63-500), wskazanej jako miejsce udzielania świadczeń w niniejszym postępowaniu. Wobec powyższego uznać należy, że oferent EURO-MED Sp. z o.o. posiada ubezpieczenie obowiązujące od początku roku 2024 roku, zaś w przypadku miejsca udzielania świadczeń przy ul. Dworcowej 4 w Ostrzeszowie (63-500) – od dnia 17 sierpnia 2024 roku. Spełnia zatem również warunek posiadania umowy ubezpieczenia od dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej objętej zakresem niniejszego postępowania, bowiem okres obowiązywania tej umowy ustalony został na dzień 21 października 2024 roku. Jednocześnie, w odniesieniu do twierdzenia Odwołującego GO-MAX Sp. z o.o., iż „wobec niespełniania wymogów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej komórka organizacyjna powinna być wykreślona z Rejestru Podmiotów Leczniczych przez organ nadzorczy podmiotu leczniczego EURO-MED Sp. z o.o. lub Wojewodę Śląskiego” zauważenia wymaga, że to nie Narodowy Fundusz Zdrowia dokonuje wpisu czy wykreślenia danego podmiotu z powyższego rejestru. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jest bowiem rejestrem prowadzonym przez organ niezależny od Narodowego

Funduszu Zdrowia (województwo prowadzącego rejestr właściwy dla danego województwa) i tylko ten organ może dokonywać wpisu czy wykreślenia danego podmiotu z powyższego rejestru.

W dalszej kolejności Odwołujący GO-MAX Sp. z o.o. ponownie podniósł zarzut braku ciągłości obowiązkowego ubezpieczenia OC EURO-MED Sp. z o.o. od dnia rozpoczęcia działalności, co jego zdaniem powinno skutkować zamknięciem komórki organizacyjnej i odrzuceniem oferty. Zarzut ten, co wykazano wyżej, nie może zostać uznany za prawidłowy.

Jednocześnie, wg Odwołującego GO-MAX Sp. z o.o., oferta Euro-Med Sp. z o.o. poddaje pod wątpliwość wiarygodność przedstawionych certyfikatów ISO 9001:2015 nr 489382 (strona 45 oferty) oraz certyfikat ISO/IEC 27001:2013 nr 489133 (strona 53 oferty) wobec niespełniania podstawowego obowiązku podmiotu leczniczego co do Obowiązkowego Ubezpieczenia OC Podmiotu Leczniczego, przy czym komisja konkursowa nie zażądała w tym zakresie wyjaśnień od oferenta, a powinno to w opinii ww. Odwołującego skutkować zmniejszeniem punktów dodatkowych tego oferenta. W konsekwencji powyższego Odwołujący GO-MAX Sp. z o.o. uznał, że opisane powyżej działania podmiotu leczniczego można zakwalifikować jako nieuczciwe, co narusza zasady przejrzystości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, które powinny być podstawą każdej procedury konkursowej, zaś uwzględnienie przedstawionych nieprawidłowości w procedurze konkursowej powinno skutkować odrzuceniem bądź co najmniej odjęciem punktów dodatkowych dla podmiotu EURO-MED Sp. z o.o., co skutkowałoby koniecznością negocjacji cenowych i wyborem innego oferenta.

W odpowiedzi na powyższe raz jeszcze podkreślić należy, że oferent EURO-MED Sp. z o.o. posiada ubezpieczenie obowiązujące od dnia 1 stycznia 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku, wynikające z polisy seria PL_T numer 284924819 z dnia 28 grudnia 2023 roku, zaś od dnia 17 sierpnia 2024 roku ubezpieczenie ww. oferenta obejmuje również lokalizację przy ul. Dworcowej 4 w Ostrzeszowie (63-500), wskazanej jako miejsce udzielania świadczeń w niniejszym postępowaniu. Wobec powyższego również przedłożone przez EURO-MED Sp. z o.o. certyfikaty ISO 9001 oraz ISO/IEC 27001 zachowują ważność i zawarte zostały w sposób prawidłowy, o czym była mowa również we wcześniejszej części niniejszej decyzji.

Wobec powyższego stwierdzić należy, że nie doszło do naruszenia art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a oraz art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), bowiem oferent EURO-MED Sp. z o.o. posiadał skutecznie zawartą w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 ww. ustawy umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z okresem obowiązywania zaczynającym się przed dniem rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. Nie doszło również w toku postępowania konkursowego, o którym mowa w niniejszej decyzji, do naruszenia art. 15 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2022 r. poz. 1233),

gdyż w toku niniejszego postępowania nie doszło do czynu nieuczciwej konkurencji. Nie doszło również do naruszenia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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.

Zarzuty Odwołującego GO-MAX Sp. z o.o. są zatem niezasadne i nie mogą zostać przyjęte.

Biorąc pod uwagę motywy uzasadnienia niniejszej decyzji należy stwierdzić, że w żadnym z wniesionych odwołań nie wykazano, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-24-000201/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 3018 ostrzeszowski. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów 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, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Ustalono, że oferta złożona przez Odwołującego Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o. zasadnie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych. Ponadto nie stwierdzono, aby niewybranie oferty złożonej przez Odwołującą Beatę Ziarnkowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą: Centrum Rehabilitacji REHA-MED mgr Beata Ziarnkowska oraz przez Odwołującego GO-MAX Group Sp. z o.o. nastąpiło z naruszeniem zasad prowadzenia postępowania konkursowego, a zatem zasady równego traktowania oferentów oraz zasady uczciwej konkurencji. W tym zakresie postępowanie komisji konkursowej również należy uznać za prawidłowe i zgodne z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi. Powyższe uzasadnia wnioski, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego żadnego z odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a zatem brak jest podstaw do uwzględnienia

wniesionych odwołań. Wobec powyższego wszystkie trzy ww. odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dyrektor
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
.....
Magdalena Kraszewska

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm.) decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna.

Od decyzji przysługuje stronie na podstawie art. 53 § 1 i art. 54 §1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 roku – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2024 r., poz. 935) prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu, zgodnie z § 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 roku w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r., poz. 1999). Skargę wnosi się w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, upoważnionego do załatwiania spraw w imieniu Prezesa 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 bezpośrednio do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu.

Wykonano w 6 egz.:

1. EURO-MED Sp. z o.o., ul. Zgrzebnioka 22, 43-100 Tychy,
2. Centrum Rehabilitacji REHA-MED Beata Ziarnkowska, ul. Nagórna 5, 62-200 Koło,
3. Centrum Usług Medycznych i Doradczych Sp. z o.o., ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74/320, 50-020 Wrocław,
4. GO-MAX sp. z o.o., ul. Zagorzynek 34, 62-800 Kalisz,
5. a/a,
6. a/a.

Opracował Jacek Jakubowski, Wydział Organizacyjny

