

Data: Poznań, dnia 18 października 2024 roku

Znak sprawy: NFZ15-WO-DO.4117.2.2024
4.NK

DECYZJA NR 1/2024/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), po rozpatrzeniu odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 3 października 2024 roku postępowania nr 15-24-000200/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 zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego, wniesionych przez świadczeniodawców: ZRIF SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17 oraz CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74, 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. oddała w całości odwołanie wniesione przez ZRIF SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ;**
- 2. oddała w całości odwołanie wniesione przez CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ.**

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 numerze 15-24-000200/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 rehabilitacja lecznicza w zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego.

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 40 480,44 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 Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy.

Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do 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 konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania 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 postępowaniu nr 15-24-000200/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 zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego, złożono 10 (słownie: dziesięć) ofert:

- 1) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0001/00 złożona przez oferenta: EURO-MED SP. Z O.O. w Tychach (43-100), ul. Zgrzebnioka 22,
- 2) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0002/00 złożona przez oferenta: Patrycja Grunt prowadząca działalność gospodarczą pod firmą "ANTIDOTUM" PATRYCJA GRUNT z siedzibą w Stęszewie (62-060), ul. Mikołaja Reja 2/4,
- 3) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0003/00 złożona przez oferenta: CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74,

- 4) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0004/00 złożona przez oferenta: HABILITAS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Żyrardowie (96-300), ul. Mieczysławska 10/26,
- 5) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0005/00 złożona przez oferenta: ZRIF SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17,
- 6) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0006/00 złożona przez oferenta: PROFILAKTYKA I REHABILITACJA „AKANT” NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Gostyniu (63-800), ul. Przy Dworcu 4A,
- 7) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0007/00 złożona przez oferenta: KLINIKA REHABILITACJI ROSMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Glinnie 247 (64-300),
- 8) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0008/00 złożona przez oferenta: WCF ZDROWIE MEDYCYNĄ EDUKACJĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1,
- 9) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0009/00 złożona przez oferenta: NZOZ ARNIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Warszawie (02-486), ul. Aleje Jerozolimskie 196F/3,
- 10) oferta numer 15-24-000200[05/1]-0010/00 złożona przez oferenta: Magda Siemianowska prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Magda Siemianowska z siedzibą w Mławie (06-500), ul. Antoniego „Torfa” Załęskiego 8B/24.

Postępowanie nr 15-24-000200/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 zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego, 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 z późn. zm.);
- 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);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 265 z późn. 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 z późn. zm.), zwanego dalej także „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”;
- 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 z późn. zm.);
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze późn. zm.);
- 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 to 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 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 odrzuciła oferty złożone przez:

1. Patrycję Grunt prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą "ANTIDOTUM" PATRYCJA GRUNT z siedzibą w Stęszewie (62-060), ul. Mikołaja Reja 2/4,

2. CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74,
3. HABILITAS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Żyrardowie (96-300), ul. Mieczysławska 10/26,
4. Magdę Siemianowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą Magda Siemianowska z siedzibą w Mławie (06-500), ul. Antoniego „Torfa” Załęskiego 8B/24,
5. PROFILAKTYKA I REHABILITACJA „AKANT” NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Gostyniu (63-800), ul. Przy Dworcu 4A,

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.

Działając na podstawie § 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, komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 pozostawiła bez rozpoznania oferty złożone przez:

1. WCF ZDROWIE MEDYCZYNA EDUKACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1,
2. NZOZ ARNIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Warszawie (02-486), ul. Aleje Jerozolimskie 196F/3,

jako oferty złożone w innym miejscu niż miejsce określone w ogłoszeniu postępowania nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01.

Warunki wymagane spełniało 3 (słownie: trzech) 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 szczegółowych 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. Kompleksowość udzielanych świadczeń oceniana w:

1.1. kategorii „Sposób wykonywania umowy”:

1.1.1. oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym – w lokalizacji

- tak (3,00 punkty);
- nie (0,00 punktów),

1.1.2. oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej – w lokalizacji

- tak (3,00 punkty);
- nie (0,00 punktów).

2. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

2.1. kategorii „Personel”:

2.1.1. magister fizjoterapii – co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów

- tak (21,00 punktów);
- nie (0,00 punktów),

2.1.2. specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej 1/2 etatu

- tak (26,00 punktów);
- nie (0,00 punktów),

2.1.3. technik masażysta – równoważnik co najmniej 1 etatu

- tak (5,00 punktów);
- nie (0,00 punktów),

2.1.4. zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej

- tak (5,00 punktów);
- nie (0,00 punktów),

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

- 2.2.1. udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – stwierdzone tylko na podstawie kontroli
- tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.2. udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli
- tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.3. braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli
- tak (1,5 punktu ujemnego);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.4. 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
- tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.5. 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 (0,00 punktów),
- 2.2.6. 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 (0,00 punktów),

- 2.2.7. pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy
- tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.8. niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli
- tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.9. udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową
- tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.10. 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 (0,00 punktów),
- 2.2.11. udaremnienie lub utrudnianie kontroli
- tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.12. niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych
- tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (0,00 punktów),
- 2.2.13. co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego
- tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (0,00 punktów),

2.2.14. brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli

- tak (0,50 punktu ujemnego);
- nie (0,00 punktów),

2.3. kategorii „Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia”:

2.3.1. przenośny stół do terapii – jedna odpowiedź do wyboru

- co najmniej 1 sztuka (2,00 punkty);
- co najmniej 2 sztuki (3,00 punkty);
- żadne z powyższych (0,00 punktów),

2.4. kategorii „Pozostałe warunki” – część wspólna:

2.4.1. certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością

- tak (1,50 punktu);
- nie (0,00 punktów),

2.4.2. certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji

- tak (1,50 punktu);
- nie (0,00 punktów),

2.4.3. 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

- tak (3,00 punkty);
- nie (0,00 punktów).

3. Dostępność udzielanych świadczeń oceniana w:

3.1. kategorii: „Dostępność” – część wspólna:

3.1.1. odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu

- tak (1,00 punkt);
- nie (0,00 punktów),

3.2. kategorii: „Dostępność – harmonogram pracy”:

3.2.1. 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 (0,00 punktów).

4. Ciągłość udzielanych świadczeń oceniana w:

4.1. kategorii „Ciągłość” – część wspólna:

4.1.1. w dniu złożenia oferty oferent – jedna odpowiedź do wyboru:

- realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie – (2,00 punkty);
- realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat – (5,00 punktów);
- realizuje na podstawie umowy 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 – (0,00 punktów),

4.1.2. rozliczenie – jedna odpowiedź do wyboru:

- 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 – (0,00 punktów).

5. Warunki wymagane oceniane w:

5.1. kategorii: „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 – pytanie niepunktowane

- tak;
- nie.

6. Inne warunki oceniane w:

6.1. kategorii: „Inne” – część wspólna:

6.1.1. współpraca z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, 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.:

- tak (1,00 punkt),
- nie (0,00 punktów).

7. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (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 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którym zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego, wskazano oferenta: EURO-MED SP. Z O.O. w Tychach (43-100), ul. Zgrzebnioka 22.

Komisja konkursowa nie wybrała ofert złożonych przez:

1. Patrycję Grunt prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą "ANTIDOTUM" PATRYCJA GRUNT w Stęszewie (62-060), ul. Mikołaja Reja 2/4,
2. CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74,
3. HABILITAS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Żyrardowie (96-300), ul. Mieczysławska 10/26,
4. PROFILAKTYKA I REHABILITACJA „AKANT” NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Gostyniu (63-800), ul. Przy Dworcu 4A,

5. WCF ZDROWIE MEDYCYNĄ EDUKACJĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1,
6. NZOZ ARNIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Warszawie (02-486), ul. Aleje Jerozolimskie 196F/3,
7. Magdę Siemianowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą Magda Siemianowska z siedzibą w Mławie (06-500), ul. Antoniego „Torfa” Załęskiego 8B/24.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-24-000200/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						ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBORZE OFERTY
		ZA OFERTĘ CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE		
1. EURO-MED SP. Z O.O.	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ ul. Kwiatowa 13 Chrzypsko Wielkie (64-412)	10,00	66,00	0,00	4,00	0,00	1,00	81,00	TAK
2. ZRIF SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	REHABILITACJA DOMOWA ul. 17 Stycznia 122/10 Międzychód (64-400)	10,00	66,00	0,00	4,00	0,00	1,00	81,00	NIE
3. KLINIKA REHABILITACJI ROSMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	REHABILITACJA DOMOWA MIĘDZYCHÓD ul. Ignacego Daszyńskiego 19 Międzychód (64-400)	5,00	60,00	0,00	3,00	0,00	0,00	68,00	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym nr 15-24-000200/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 zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego, 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, których oferty poddano ocenie w postępowaniu nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent: EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ:

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 otrzymał punktów;

1.1.2. oferent zadeklarował, że nie realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej – w lokalizacji – za co nie otrzymał 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 otrzymał 21,00 punktów,
- 2.1.2. na pytanie dotyczące specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej 1/2 etatu udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymał 26,00 punktów,
- 2.1.3. na pytanie dotyczące technika masażysty – równoważnik co najmniej 1 etatu udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymał 5,00 punktów,
- 2.1.4. na pytanie dotyczące zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymał 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 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 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 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 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 punktów ujemnych,
- 2.2.11. na pytanie o udaremnienie lub utrudnianie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano punktów ujemnych;
- 2.2.12. na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano 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 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 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”, co skutkowało przyznaniem 1,50 punktu,
- 2.4.2. na pytanie o certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji udzielił odpowiedzi „tak”, co skutkowało przyznaniem 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”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów,
- 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 skutkowało 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 skutkowało 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 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.;**

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 skutkowało nie przyznaniem punktów,

5. w zakresie kryterium: „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 kryterium: „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 skutkowało przyznaniem 1,00 punktu,

7. w zakresie kryterium: „Cena świadczeń opieki zdrowotnej” zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,26 zł, za co otrzymał 10,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: ZRIF SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ:

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 otrzymał punktów;
- 1.1.2. oferent zadeklarował, że nie realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej – w lokalizacji – za co nie otrzymał 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 otrzymał 21,00 punktów,
- 2.1.2. na pytanie dotyczące specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej 1/2 etatu udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymał 26,00 punktów,
- 2.1.3. na pytanie dotyczące technika masażysty – równoważnik co najmniej 1 etatu udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymał 5,00 punktów,
- 2.1.4. na pytanie dotyczące zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymał 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 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 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 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 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 punktów ujemnych,
- 2.2.11. na pytanie o udaremnienie lub utrudnianie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- 2.2.12. na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano 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 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 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”, co skutkowało przyznaniem 1,50 punktu,
- 2.4.2. na pytanie o certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji udzielił odpowiedzi „tak”, co skutkowało przyznaniem 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”, co skutkowało przyznaniem 3,00 punktów,

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 skutkowało 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 skutkowało 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 skutkowało 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 skutkowało nie przyznaniem punktów,

5. w zakresie kryterium: „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 kryterium: „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 skutkowało przyznaniem 1,00 punktu,

7. w zakresie kryterium: „Cena świadczeń opieki zdrowotnej” zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,28 zł, za co otrzymał 10,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: KLINIKA REHABILITACJI ROSMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ:

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 otrzymał punktów;

1.1.2. oferent zadeklarował, że nie realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej – w lokalizacji – za co nie otrzymał 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 otrzymał 21,00 punktów,

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

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

- 2.1.4. na pytanie dotyczące zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej udzielił odpowiedzi „tak”, za co otrzymał 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 przyznano 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 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 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 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 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 punktów ujemnych,
- 2.2.11. na pytanie o udaremnienie lub utrudnianie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- 2.2.12. na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie przyznano 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 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 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 „nie”, za co nie otrzymał punktów,

2.4.2. na pytanie o certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie otrzymał punktów,

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”. **W trakcie weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, komisja konkursowa, na podstawie oświadczenia oferenta zmieniła odpowiedź w tym zakresie na „nie”, wobec tego oferent nie otrzymał za to kryterium punktów.**

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. **W trakcie weryfikacji oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości udzielonych odpowiedzi, komisja konkursowa, na podstawie oświadczenia oferenta zmieniła odpowiedź w tym zakresie na „nie”, wobec tego oferent nie otrzymał za to kryterium punktów.**

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 skutkowało 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 skutkowało 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 skutkowało nie przyznaniem punktów,

5. w zakresie kryterium: „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 kryterium: „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. 31c 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, na podstawie oświadczenia oferenta zmieniła odpowiedź w tym zakresie na „nie”, wobec tego oferent nie otrzymał za to kryterium punktów.**

7. w zakresie kryterium: „Cena świadczeń opieki zdrowotnej” zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,43 zł, za co otrzymał 5,00 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, nie jest oceniana 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 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ:

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 otrzymałby 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 otrzymałby 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 otrzymałby 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 otrzymałby 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 otrzymałby 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 otrzymałby punktów ujemnych,
- 2.2.7. na pytanie o pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie otrzymałby 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 otrzymałby punktów ujemnych,
- 2.2.9. na pytanie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie otrzymałby 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 otrzymałby punktów ujemnych,
- 2.2.11. na pytanie o udaremnienie lub utrudnianie kontroli udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie otrzymałby punktów ujemnych,
- 2.2.12. na pytanie o niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie otrzymałby 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 otrzymałby 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 otrzymałby punktów ujemnych,
- 2.3. kategorii „Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia”:
- 2.3.1. oferent zadeklarował co najmniej 2 sztuki przenośnego stołu do terapii, co skutkowało by 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 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:

1. Patrycję Grunt prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą "ANTIDOTUM" PATRYCJA GRUNT z siedzibą w Stęszewie (62-060), ul. Mikołaja Reja 2/4,
2. CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74,
3. HABILITAS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Żyrardowie (96-300), ul. Mieczysławska 10/26,
4. Magdę Siemianowską prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą Magda Siemianowska z siedzibą w Mławie (06-500), ul. Antoniego „Torfa” Załęskiego 8B/24,
5. PROFILAKTYKA I REHABILITACJA „AKANT” NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Gostyniu (63-800), ul. Przy Dworcu,

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 oferty złożone przez:

1. WCF ZDROWIE MEDYCINA EDUKACJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Śremie (63-100), ul. Artura Grottgera 34/1,
2. NZOZ ARNIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Warszawie (02-486), ul. Aleje Jerozolimskie 196F/3,

jako oferty pozostawione bez rozpoznania z uwagi na złożenie ich w innym miejscu niż miejsce określone w ogłoszeniu postępowania nr 15-24-000200/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, a także ze względu na fakt nie wniesienia przez ww. oferentów odwołania od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania. Niniejsze postępowanie, w zakresie odwołań wniesionych przez: ZRIF SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ oraz CENTRUM USŁUG MEDYCZYNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ma na celu ocenę prawidłowości działania komisji konkursowej w zakresie podjęcia decyzji o odrzuceniu/nie wybraniu ich ofert oraz zbadanie czy w tym zakresie naruszono ich interes prawny.

Rozstrzygnięcie postępowania nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 nastąpiło w dniu 3 października 2024 roku.

W dniu 9 października 2024 roku, drogą pocztową oraz za pośrednictwem portalu ePuap, do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie datowane na dzień 7 października 2024 roku dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 (data nadania w placówce pocztowej: 7 października 2024 roku), wniesione przez ZRIF SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17, zwanego dalej „Odwołującym ZRIF SP. Z O.O.”. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Odwołujący zarzucił komisji konkursowej, iż prowadziła postępowanie konkursowe z naruszeniem prawa, tj. nieprawidłowo zastosowała przepisy dotyczące warunków wymaganych, tym samym otrzymał on mniejszą liczbę punktów od pozostałych wybranych do zawarcia umowy oferentów. Ponadto wskazał on, że komisja konkursowa w toku prowadzonego postępowania naruszyła zasady uczciwej konkurencji i równego traktowania oferentów, poprzez niezweryfikowanie oferty odwołującego, a także przyjęcie i procedowanie w postępowaniu konkursowym ofert niespełniających wymogów określonych w przepisach prawa, a w szczególności:

- art. 134 ust. 1 Ustawy, zgodnie z którym Fundusz zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
- art. 149 ust. 2 i 7 Ustawy, zgodnie z którymi odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje lub niespełniającą wymogów określonych w przepisach prawa.

Wskazał on również, iż z uwagi na nieudostępnienie akt w postaci ofert złożonych przez świadczeniodawców wybranych do zawarcia umowy oraz protokołów i dokumentów z pracy komisji konkursowej, odzwierciedlających przebieg postępowania, uniemożliwiło to zapoznanie się z rankingiem ofert w postępowaniu, zawierającym wartości punktowe przyznane za poszczególne kryteria, wobec czego został on pozbawiony możliwości przedstawienia we wniesionym odwołaniu, konkretnych i merytorycznych zarzutów, tym samym wniósł o udostępnienie dokumentacji postępowania w postaci całej oferty wybranego w postępowaniu oferenta oraz dokumentów potwierdzających jej weryfikację przez komisję konkursową.

W dniu 10 października 2024 roku, drogą pocztową do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 wniesione przez CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ 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 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”, lp. 2 lit b, kolumna 3, pkt 2 ppkt 1) w korespondencji 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 elektrolecznictwa 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 elektrolecznictwa 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 elektrolecznictwa 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 na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 7 Ustawy odrzuciła jego ofertę z powodu niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa. 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 spełnienie przez oferenta warunku wymaganego w zakresie wyposażenia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie fizjoterapii domowej określonego w Rozporządzeniu i deklaracją oferenta w przedmiocie spełniania warunków wymaganych, o których mowa w pytaniu ankietowym 5.1.1. nie zostało potwierdzone 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 udzielania 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 szerokie interpretacji przepisów prawnych stanowiłoby naruszenie równego traktowania

świadczeniodawców przez Narodowy Fundusz Zdrowia, abstrahując już od tego, że 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 nie podjęła pełnej polemiki z argumentami przedstawionymi przez świadczeniodawcę skupiając się na prezentowanym wcześniej stanowisku, 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, o czym mowa była powyżej, 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 oferty. 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 wskazał, 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. Według 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 wykazany 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 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01, postanowieniem nr 1/2024 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 15-24-000200/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 15-24-000200/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. Pismo w tym zakresie wpłynęło do Oddziału Funduszu w dniu 17 października 2024 r.

W dniu 16 października 2024 roku z uprawnienia do wglądu w akta sprawy Odwołujący CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ.

W dniu 17 października 2024 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu wpłynęła korespondencja elektroniczna stanowiąca oświadczenie oferenta CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, że po zapoznaniu się z aktami postępowania nr 15-24-000200/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 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 21 października 2024 roku do dnia 31 grudnia 2024 roku w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego, 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 15-24-000200/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.

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.

W postępowaniu konkursowym nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 udział wzięło 10 (słownie: dziesięciu) oferentów, z których każdy skonstruował swoją ofertę w sposób indywidualny. Komisja konkursowa odrzuciła 5 ofert z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych 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 oraz pozostawiła bez rozpoznania 2 oferty z uwagi na złożenie ich w innym miejscu niż wskazanym w ogłoszeniu postępowania.

Uprzedzając szczegółowe odniesienie się do zarzutów **Odwołującego ZRIF SP. Z O.O.**, dotyczących przebiegu postępowania konkursowego nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w kontekście analizy, czy doszło do naruszenia jego interesu prawnego, należy przede wszystkim wskazać, że istota prowadzonego postępowania administracyjnego skupia się w tym przypadku przede wszystkim 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 oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności nie wybrała oferty Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. z uwagi na wyższą cenę jednostkową świadczenia oraz mniejszą liczbę udzielonych świadczeń, zaproponowaną przez ww. Odwołującego.

W odniesieniu do zarzutów Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. dotyczących nieprawidłowego zastosowania przez komisję konkursową przepisów dotyczących warunków wymaganych, co według ww. Odwołującego skutkowało przyznaniem mu mniejszej liczby punktów od pozostałych wybranych do zawarcia umowy oferentów oraz naruszenia w toku postępowania zasad uczciwej konkurencji i równego traktowania oferentów, poprzez niezweryfikowanie oferty Odwołującego, a także przyjęcie i procedowanie w postępowaniu konkursowym ofert niespełniających wymogów określonych w przepisach prawa, a w szczególności w art. 134 ust. 1 Ustawy oraz w art. 149 ust. 2 i 7, należy przyjąć co następuje.

W ogłoszeniu postępowania nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego z dnia 9 sierpnia 2024 r. wskazano, że maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta, po przeprowadzeniu przedmiotowego postępowania wynosi 1 (słownie: jeden). Oferenci przystępujący do konkursu, oprócz wymagań wynikających z przepisów powszechnie obowiązującego prawa winni byli spełniać wymagania określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określone przede wszystkim w:

1. zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.),
2. zarządzeniu 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 (z późn. zm.),
3. ustawie z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 r., poz. 146),
4. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465 z późn. zm.),

5. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm.),
6. rozporządzeniu 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 z późn. zm.),
7. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 787 z późn. zm.).

Ogłoszenie o postępowaniu zawierało obligatoryjne elementy określone w rozporządzeniu 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 z późn. zm.). Opublikowane zostały także materiały i zarządzenia, na podstawie których przeprowadzono przedmiotowe postępowanie.

Podsumowując, kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od oferentów, były jawne, znane uczestnikom postępowania przed złożeniem ofert i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Odwołujący, w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów. Ocena ofert została dokonana w oparciu o określone przepisami kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były przejrzyste i jednakowe dla wszystkich oferentów. Postępowanie konkursowe prowadzono w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmowała działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów, w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń. Zgodnie z ideą konkursu ofert, zadaniem komisji konkursowej stosownie do treści art. 142 ust. 5 pkt 1 Ustawy, był wybór oferty lub ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Komisja

konkursowa miała prawo nie wybrać pozostałych ofert, które były mniej korzystne. Uczestnictwo w postępowaniu konkursowym, które jest procedurą o charakterze konkurencyjno-eliminacyjnym, nie daje gwarancji wyboru oferty i w następstwie zawarcia umowy. Ranking końcowy będący wynikiem oceny ofert umożliwia dokonanie wyboru ofert najlepszych spośród złożonych i ocenionych według jednolitych kryteriów oceny. Działania komisji konkursowej nie mają prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu.

Komisja konkursowa dokonała oceny ofert według kryteriów określonych w rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert. Zgodnie z jego treścią, oceny ofert dokonuje się według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, ciągłość, cena i inne. Kryteria te oraz zasady oceny mają charakter obiektywny, są znane wszystkim oferentom w chwili wszczęcia postępowania konkursowego i nie ulegają zmianie, aż do zakończenia postępowania. Ocenie podlegały poszczególne odpowiedzi w ankiecie ofertowej wskazujące czy oferent spełniał w dniu składania oferty określone wymagania.

Analiza treści ww. Rozporządzenia, w oparciu o które oferty złożone do przedmiotowego postępowania zostały ocenione dowodzi, iż oferta mogła uzyskać:

- w kryterium jakość - razem maksymalnie 66 punktów,
- w kryterium kompleksowość – maksymalnie 6 punktów,
- w kryterium dostępność – maksymalnie 4 punkty,
- w kryterium ciągłość - maksymalnie 13 punktów,
- w kryterium cena - maksymalnie 10 punktów,
- w kryterium inne – maksymalnie 1 punkt.

Powyższe oznacza, że każda z ofert mogła uzyskać maksymalnie 100 punktów, w tym 10 punktów za cenę oraz łącznie 90 punktów za kryteria niecenowe. Oferta Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. uzyskała łącznie 81 punktów, tyle samo co świadczeniodawca EURO-MED SP. Z O.O., którego oferta została wybrana. Wobec czego stwierdzić należy, iż zarzut Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. dotyczący nieprawidłowego zastosowania przez komisję konkursową przepisów

dotyczących warunków wymaganych, wobec czego ww. Odwołujący otrzymał mniejszą liczbę punktów od pozostałych wybranych do zawarcia umowy oferentów jest bezzasadny. Kluczową rolę w niniejszej sprawie odegrała zaproponowana przez Odwołującego cena jednostkowa świadczenia.

W odniesieniu do argumentu Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. dotyczącego zaproponowania w złożonej ofercie korzystnych warunków cenowych udzielania świadczeń należy wskazać, że zaproponowana przez niego cena jednostki rozliczeniowej była dokładnie taka sama, jak cena oczekiwana przez Fundusz – 1,28 zł, jednakże wyższa niż cena zaproponowana przez Oferenta EURO-MED SP. Z O.O. w ofercie złożonej w przedmiotowym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – 1,26 zł. Zgodnie z art. 142 ust. 7 Ustawy komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

W związku z powyższym w dniu 27 września 2024 r. komisja konkursowa przesłała do świadczeniodawców: EURO-MED SP. Z O.O. oraz ZRIF SP. Z O.O. zaproszenie do negocjacji w dniu 30 września 2024 r. na godzinę 9:00 w sprawie:

- liczby świadczeń opieki zdrowotnej,
- ceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Propozycja Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiona w negocjacjach była oparta o jednolite zasady jej wyliczenia dla wszystkich podmiotów w danym postępowaniu.

Protokół końcowy z negocjacji z Oferentem EURO-MED SP. Z O.O. kształtował się następująco:

	Propozycja EURO-MED SP. Z O.O.			Propozycja WOW NFZ		
	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość
FIZJOTERAPIA DOMOWA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	3 213,00	1,26	4 048,38	3 213,00	1,26	4 048,38
FIZJOTERAPIA DOMOWA	28 914,00	1,26	36 431,64	28 914,00	1,26	36 431,64
RAZEM	32 127,00	-	40 480,02	32 127,00	-	40 480,02

Protokół końcowy z negocjacji z Oferentem ZRIF SP. Z O.O. kształtował się następująco:

	Propozycja ZRIF SP. Z O.O.			Propozycja WOW NFZ		
	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość	Liczba	Cena jednostkowa	Wartość
FIZJOTERAPIA DOMOWA	24 000,00	1,28	30 720,00	24 000,00	1,28	30 720,00
FIZJOTERAPIA DOMOWA DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	2 831,00	1,28	3 623,68	2 831,00	1,28	3 623,68
RAZEM	26 831,00	-	34 343,68	26 831,00	-	34 343,68

Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.

Wskazać należy, iż każdy ze świadczeniodawców podpisał protokół końcowy.

Tym samym ogólna wartość oferty Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. istotnie była niższa aniżeli wartość ogólna oferty złożonej przez oferenta EURO-MED SP. Z O.O. w postępowaniu nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01, jednak – co należy wyraźnie zaznaczyć – stało się tak dlatego, że Odwołujący ZRIF SP. Z O.O. zaproponował Funduszowi zakup zdecydowanie mniejszej liczby świadczeń opieki zdrowotnej: jedynie 26 831,00 przy 32 127,00 zaoferowanych przez EURO-MED SP. Z O.O. oraz wyżej cenie jednostkowej: 1,28 zł przy 1,26 zaoferowanej przez EURO-MED SP. Z O.O., która to propozycja zabezpieczała w całości plan zakupu świadczeń na obszarze, którego dotyczyło postępowanie konkursowe. Ogólna wartość oferty kształtowana jest bowiem poprzez iloczyn oferowanej ceny jednostki rozliczeniowej oraz liczby świadczeń opieki zdrowotnej deklarowanych do zrealizowania przez danego oferenta (zgodnie z posiadanym potencjałem personelu udzielającego świadczeń), maksymalnie do wartości przedmiotu zamówienia określonego w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy w tym miejscu jedynie przypomnieć, że znając maksymalną wartość zamówienia określoną w przedmiotowym postępowaniu – 40 480,44 zł oraz cenę jednostki rozliczeniowej

oczekiwanej przez Fundusz – 1,43 zł, określenie łącznej minimalnej liczby planowanych świadczeń w przedmiotowym postępowaniu było możliwe, a liczba tych świadczeń wynosiła 28 308 ($40\,480,44 \div 1,43 = 28\,308$). Narodowy Fundusz Zdrowia jest 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 2021 r., poz. 305 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. Powyższe oznacza, iż podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Jednocześnie konsekwencją tego faktu jest sytuacja, w której w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie można określić maksymalnej ilości świadczeń, które Fundusz może zakupić, bowiem zgodnie z zasadą ekonomiki należy dążyć do zakupu jak największej ilości świadczeń za jak najniższą cenę. Co równie ważne, Fundusz działa w imieniu własnym, jednak na rzecz osób ubezpieczonych i uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym, im większa jest liczba świadczeń opieki zdrowotnej deklarowana przez oferenta, tym większa jest ich dostępność i wyższy poziom zabezpieczenia realizacji świadczeń, bowiem ostatecznie więcej pacjentów może z tych świadczeń skorzystać.

Ponadto Odwołujący ZRIF SP. Z O.O. zarzucił w odwołaniu, że naruszono art. 134 ust. 1 i ust. 2 poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz z pominięciem zasad uczciwej konkurencji. Powyższe postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszyscy uczestnicy postępowania mieli możliwość zapoznania się z rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z załącznikami, które określały zarówno wymagania stawiane oferentom jak i kryteria oceny ofert. Zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od oferentów, były jawne, znane uczestnikom postępowania przed złożeniem ofert i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Odwołujący, w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania

umów. Wszyscy uczestnicy postępowania składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania ankietowe. Ocena ofert została dokonana w oparciu o określone przepisami kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były przejrzyste i jednakowe dla wszystkich oferentów. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawiała się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Naruszeniem omawianej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania niektórych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców.

W wyroku dnia 14 lutego 2019 r. (sygn. akt III SA/Po 628/18) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu stwierdził: „Zasadę równego traktowania oferentów i zapewnienia zachowania uczciwej konkurencji należy rozumieć jako generalny nakaz stworzenia jednakowych możliwości udziału w konkursie, w tym pozyskiwania informacji dotyczących postępowania konkursowego, warunków jego przeprowadzania, dostępu do informacji ze strony organu, a także zastosowanie jednakowych warunków udziału w negocjacjach itp. Inaczej rzecz ujmując zasada równego traktowania wymaga, by wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną w równym stopniu, były traktowane równo, tj. bez zróżnicowań zarówno faworyzujących, jak i dyskryminujących.”.

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w przeprowadzonym postępowaniu administracyjnym zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego oraz pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów i tym samym Organ ustalił w sposób jednoznaczny, że nie doszło do naruszenia zasady równego traktowania oferentów biorących udział w postępowaniu. Zaznaczyć należy, iż postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych i wcześniej znanych kryteriów. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. Tym samym zarzut Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. dotyczący naruszenia przez komisję konkursową zasady równego traktowania oferentów i zasady uczciwej konkurencji jest nieuzasadniony i nie zasługuje na uwzględnienie.

Ponadto Odwołujący ZRIF SP. Z O.O. we wniesionym odwołaniu wskazał również, iż nie zostały mu udostępnione akta postępowania w postaci ofert złożonych przez świadczeniodawców wybranych do zawarcia oferty oraz protokoły i dokumenty z pracy komisji konkursowej, odzwierciedlające przebieg postępowania, co uniemożliwiło mu zapoznanie się z rankingiem ofert w postępowaniu zawierającym wartości punktowe przyznane za poszczególne kryteria, tym samym został on pozbawiony możliwości przedstawienia w niniejszym odwołaniu, konkretnych i merytorycznych zarzutów, jednocześnie wniósł on o udostępnienie dokumentacji postępowania w postaci całej oferty wybranego w postępowaniu oferenta oraz dokumentów potwierdzających jej weryfikację przez komisję konkursową. Zgodnie z § 11 ust. 1 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.) oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę, tym samym niemożliwe było udostępnienie Odwołującemu ZRIF SP. Z O.O. akt postępowania w trakcie prowadzonego postępowania. Jednakże na podstawie art. 10 kodeksu postępowania administracyjnego przed wydaniem decyzji Odwołującemu przysługuje prawo wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów ww. postępowania oraz zgłoszonych żądań dotyczących przedmiotowego odwołania i został on o tym powiadomiony niezwłocznie po złożeniu niniejszego odwołania, pismem z dnia 10 października 2024 r. Wskazania wymaga również, iż dostęp do rankingów ofert po rozstrzygnięciu postępowania przysługuje również na podstawie art. 1 ust. 1 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r., poz. 902). Wobec powyższego bezzasadny jest zarzut Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. dotyczący nieudostępnienia akt w postaci ofert złożonych przez świadczeniodawców wybranych do zawarcia oferty oraz protokołów i dokumentów z pracy komisji konkursowej, gdyż ten pomimo prawidłowego poinformowania go o przysługującym mu prawie zapoznania się z zebranymi materiałami i dowodami, nie skorzystał z niego.

Podsumowując powyższe rozważania w zakresie odwołania wniesionego przez Odwołującego ZRIF SP. Z O.O. należy podkreślić, iż organ rozpoznający odwołanie bada naruszenie 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 konkursową podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania oraz, czy wskutek tego działania, został naruszony interes prawny Odwołującego. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że Odwołujący ZRIF SP. Z O.O. nie wykazał, jak również nie wykazała tego analiza działań podejmowanych przez komisję konkursową przeprowadzona w toku postępowania administracyjnego, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w kontekście interesu prawnego Odwołującego ZRIF SP. Z O.O.. Ustalono ponad wszelką wątpliwość, że złożona przez niego oferta zasadnie nie została wybrana z uwagi na wyższą cenę jednostkową świadczeń, tym samym mniejszą liczbę udzielanych świadczeń. Tym samym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oddała w całości odwołanie wniesione przez Odwołującego ZRIF SP. Z O.O.

W odniesieniu do **odwołania wniesionego przez CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH** przyjąć należy co następuje.

W dniu 10 października 2024 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie Odwołującego CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH, w którym to Odwołujący podważył zasadność odrzucenia jego oferty z uwagi na brak spełnienia warunków wymaganych o jakich mowa w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

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 15-24-000200/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 oraz 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 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 zawarcia i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania. W tym miejscu wskazać należy, że warunki wymagane do realizacji 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. 254 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 zabiegi 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 10 września 2024 r. przesłała Odwołującemu CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH 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 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. przesała ww. Odwołującemu wezwanie do przedłożenia kart charakterystyki zgłoszonego do oferty sprzętu:

- przenośny zestaw do elektroterapii z osprzętem I-TECH T-ONE SPORT, numer seryjny: 000147,
- przenośny zestaw do biostymulacji laserowej – KOLMIO BIOLASER 2 – numer seryjny: 1033... .

W dniu 17 września 2024 r. Odwołujący CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH przesłał do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przesłał 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 000147), możliwa jest realizacja zabiegów fizjoterapeutycznych: jonoforeza, elektrostymulacja, galwanizacja i prądy TENS. Brak jest więc możliwości realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych: tonoliza, prądy didaynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TRAEBERTA, prądy KOTZA.

W dniu 17 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

lecniczej (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 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 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 DORADZTWA 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 wniósł o powtórzenie czynności komisji konkursowej w zakresie oceny, czy Oferent i jego oferta spełniają wymagane warunki określone w przepisach prawa, w tym warunki określone 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. 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: 000147), 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 17 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 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: 000147), 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 elektrolecznictwa 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 całościowo materiał zgromadzony w sprawie, a zatem ofertę Odwołującego CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH 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 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 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 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 toku prowadzonego postępowania nr 15-24-000200/REH/05/1/05.1310.209.02/01 oferta złożona przez Odwołującego CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH 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 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”*.

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. Elektrolecznictwo

- 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 w złożonej przez siebie ofercie zadeklarował, że dysponuje jednym zestawem do biostymulacji (numer seryjny: 1033) oraz jednym zestawem do elektroterapii z osprzętem (numer seryjny: 000147).

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: 000147),
- przenośny zestaw do biostymulacji laserowej KOLMIO BIOLASER 2 (numer seryjny: 1033).

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: 000147) 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.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH 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 wymaga 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 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 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 компактowymi 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 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 brzmienia 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 15-24-000200/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/OI 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, 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, pięć 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, 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 przeanalizowaniu całości materiału brak jest podstaw by stwierdzić, iż komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-24-000200/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 CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH nie została odrzucona w toku niniejszego postępowania i zostałaby dopuszczona do negocjacji, a ww. Odwołującemu by przyznano 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 zawarcia takiej umowy z ww. Odwołującym.

Wobec powyższego uznać należy, że zarzuty Odwołującego CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH są bezzasadne i nie mogą zostać uwzględnione.

Biorąc pod uwagę motywy uzasadnienia niniejszej decyzji należy stwierdzić, że w żadnym z wniesionych odwołań nie wykazano, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-24-000200/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 zakresach fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu 3014 międzychodzkiego. 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 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 Odwołującego ZRIF 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 wniosek, 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 oba 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 5 egz.:

1. EURO-MED SP. Z O.O. w Tychach (43-100), ul. Zgrzebnioka 22,
2. CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH I DORADCZYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą we Wrocławiu (50-020), ul. Marsz. Józefa Piłsudskiego 74,
3. ZRIF SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17,
4. 2 x a/a.

Opracowała: Natalia Kuźmińska

