

Poznań, dnia 5 września 2017 roku

WO-DP.422. 2017

DECYZJA NR 2/2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 1257), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 17 sierpnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 września 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, wniesionego przez Renatę Chmielewską i Karolinę Najberg, prowadzące zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Fizjoterapia i Masaż Specjalistka R. Chmielewska K. Najberg s.c. z siedzibą w Turku (62-700) przy ul. Sportowej 9A, postanawiam:

oddalić odwołanie.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 12 lipca 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 września 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna.

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 8 846,40 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 września 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawarta maksymalnie jedna umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 17 sierpnia 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

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

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

Dnia 24 sierpnia 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Renatę Chmielewską i Karolinę Najberg, prowadzących zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Fizjoterapia i Masaż Specjalistka R. Chmielewska K. Najberg s.c. z siedzibą w Turku (62-700) przy ul. Sportowej 9A, zwanych dalej „Odwołującym”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 17 sierpnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, Odwołujący zarzucił Komisji konkursowej:

I. Obrazę przepisów postępowania, mogącą mieć istotny wpływ na wynik sprawy, tj.:

- a) art. 7 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego – dalej zwanego „k.p.a.” – oraz art. 77 § 1 k.p.a., poprzez niewłączenie do udostępnianych akt postępowania konkursowego ich istotnej części, w tym przede wszystkim części dotyczącej przyznanej punktacji obu konkurujących ze sobą ofert uczestników spornego postępowania,
a w konsekwencji
- b) art. 8 k.p.a., poprzez uniemożliwienie przeprowadzenia rzeczywistej kontroli rozstrzygnięcia Komisji konkursowej w postępowaniu o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, uniemożliwiające tym samym wywiązanie się Wojewódzkiemu Oddziałowi Wielkopolskiemu Narodowego Funduszu Zdrowia z obowiązków na nim ciążących, określonych w art. 134 ust. 1 Ustawy;
- c) art. 10 § 2 k.p.a., poprzez uniemożliwienie stronie postępowania wypowiedzenie się co do materiału stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego, wyrażające się w pozbawieniu Odwołującego – przed złożeniem odwołania – możliwości zapoznania się z przyznawaną podmiotom punktacją kryteriów wyboru;

II. Obrazę prawa materialnego:

- a) art. 134 ust. 1 Ustawy, poprzez niezapewnienie równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a także naruszenie zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji;

- b) art. 142 ust. 7 Ustawy, poprzez nieprzeprowadzenie przez Komisję konkursową negocjacji z minimum dwoma oferentami.

Mając na uwadze powyższe zarzuty Odwołujący wniósł w oparciu o art. 138 § 1 i 2 k.p.a. o uchylenie zaskarżonego rozstrzygnięcia.

Odwołujący stwierdził ponadto w swoim odwołaniu, że na podstawie art. 73 § 1 k.p.a. został złożony w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wniosek o udostępnienie akt postępowania, a w dniu 21 sierpnia 2017 r. podczas rozmowy telefonicznej Odwołujący został poinformowany o możliwości przejrzenia akt jedynie w postaci oferty, z wyłączeniem ujawnienia oceny oferty złożonej przez Rodamed Sp. z o.o.

Ponadto Odwołujący wywiódł na podstawie art. 142 Ustawy, że zarówno oferty jak i ich ocena powinny być włączone do akt, do których strony winny mieć nieograniczony dostęp, a poprzez odmowę skorzystania z prawa do zapoznania się z całością dokumentacji postępowania konkursowego, doprowadzono do ograniczenia możliwości rzetelnej kontroli zaskarżonego wyniku postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym zdaniem Odwołującego pobawiono go także prawa do ustalenia, czy nie doszło do naruszenia przepisu art. 134 ust. 1 Ustawy, a więc czy nie doszło w toku spornego postępowania konkursowego do obrazy zasady równego traktowania wszystkich oferentów oraz zasady uczciwej konkurencji, a także niezmienności warunków postępowania w czasie jego trwania.

Zdaniem Odwołującego zaniechanie przez Komisję konkursową przeprowadzenia negocjacji – na które najpierw zostali zaproszeni, następnie zostały one odwołane – świadczy o nieprawidłowościach w postępowaniu, zważywszy także na brzmienie art. 142 ust. 7 Ustawy. W ocenie Odwołującego, wobec braku możliwości odniesienia się do analizy punktacji ofert, w prowadzonym postępowaniu konkursowym wystąpiły wady i uchybienia, uzasadniające uwzględnienie odwołania.

Z uwagi na złożenie odwołania w formie kserokopii, Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wezwał pismem z dnia 28 sierpnia 2017 r. Odwołującego do usunięcia braku formalnego odwołania poprzez złożenie własnoręcznie podpisanego oryginału odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01, w terminie 7 dni pod rygorem pozostawienia odwołania bez rozpoznania. Brak ten został przez Odwołującego uzupełniony w dniu 29 sierpnia 2017 r. Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 29 sierpnia 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału

Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Z powyższego uprawnienia Odwołujący skorzystał w dniu 29 sierpnia 2017 r. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 5 września 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 17 sierpnia 2017 roku postępowania nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 września 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz dokumentacja wytworzona przez Komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 września 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oferty złożyli: 1. Odwołujący, 2. Rodamed Sp. z o.o.

Postępowanie nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy: 1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.);

2. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.) ;
 3. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 44);
 4. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t. j. : Dz. U. z 2016 r. poz. 1146);
 5. zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 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;
 6. zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmienione zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 12 lipca 2017 roku.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, dwie oferty złożone przez oferenta Rodamed Sp. z o.o. oraz Odwołującego.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania ww. oferentów umożliwił dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie

zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1.KOMPLEKSOWOŚĆ

1.1SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY

1.1.1 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna.

- tak (15 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2. JAKOŚĆ

2.1 PERSONEL

2.1.1 Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej.

- równoważnik co najmniej 1 etatu (54 pkt);

- równoważnik co najmniej ½ etatu (40 pkt);

- równoważnik co najmniej ¼ etatu (25 pkt).

2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁWOŚCI (maksymalna suma punktów ujemnych: 12)

2.2.1 Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli.

- tak (- 1 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.2 Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli.

- tak (- 1 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.3 Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli.

- tak (- 1,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

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 (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.)

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 (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

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 (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.7 Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.

- tak (- 0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.8 Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli.

- tak (- 1 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.9 Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.

- tak (- 1 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.10 Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.11 Udaremnianie lub utrudnianie kontroli.

- tak (- 2 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.2.12 Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.

- tak (-1 pkt);

- nie (0 pkt).

2.2.13 Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

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

- tak (-0,5 pkt.);

- nie (0 pkt.).

2.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

2.3.1 Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.

- tak (1 pkt);

- nie (0 pkt).

2.3.2 Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

- tak (1 pkt);

- nie (0 pkt).

2.3.3 Prowadzenie dokumentacji medycznej:

- prowadzenie indywidulanej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2 pkt);

- prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (4 pkt);

- żadna z powyższych (0 pkt).

3. DOSTĘPNOŚĆ

3.1. DOSTĘPNOŚĆ

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

- tak (1 pkt);

- nie (0 pkt).

4.1 CIĄGŁOŚĆ

4.1.1 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 dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2 pkt);

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4 pkt);

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6 pkt);

- żadna z powyższych (0 pkt).

4.1.2 Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.

- rozliczenie ponad 90 % wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty. (6 pkt);

- rozliczenie 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 pkt);

- żadna z powyższych (0 pkt).

5.1 WARUNKI WYMAGANE

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.

6. INNE

6.1.1 Współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.

- tak (2 pkt);

- nie (0 pkt).

7. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10 pkt.). W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 17 sierpnia 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01. W ogłoszeniu o

rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna zostanie zawarta z podmiotem Rodamed Sp. z o.o.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu			Ocena oferty									łączna liczba punktów oceny	Status pozycji oferty**	Decyzja o wybraniu oferty tak/nie
	Nazwa oferenta	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów										
				jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem					
1	RODAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	1,03	9,82	40	0	1	0	0	41	50,82	D	Tak		
2	R. CHMIELEWSKA I K. NAJBERG	1	10	-1	15	0	3	0	17	27	D	Nie		

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 – REHABILITACJA LECZNICZA, 1. Przedmiot postępowania: Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i Tabeli nr 2 – REHABILITACJA LECZNICZA – CZĘŚĆ WSPÓLNA w WYKAZIE SZCZEGÓŁOWYCH KRYTERIÓW WYBORU OFERT WRAZ Z WYZNACZAJĄCYMI JE WARUNKAMI ORAZ PRZYPISANĄ IM WARTOŚCIĄ W RODZAJU REHABILITACJA LECZNICZA, stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i uwzględnieni w rankingu końcowym (w tym Odwołujący) udzielali następujących odpowiedzi:

I Oferent: Rodamed Sp. z o.o.

1.KOMPLEKSOWOŚĆ

1.1 SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY

- Oferent nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co nie otrzymał punktów

2. JAKOŚĆ

2.1 PERSONEL

- Oferent zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – w równoważniku co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 40 pkt.

2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁWOŚCI (maksymalna suma punktów ujemnych: 12)

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.
- nie zadeklarował nieprzekazania 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.
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli.

- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli.
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli.

2.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał pkt.
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał pkt.

2.3.3 Prowadzenie dokumentacji medycznej:

- nie zadeklarował prowadzenia indywidulanej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, ani prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał pkt.

3. DOSTĘPNOŚĆ

3.1. DOSTĘPNOŚĆ

- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1 pkt.

4.1 CIĄGŁOŚĆ

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał pkt.

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co nie otrzymał pkt.
- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co nie otrzymał pkt.
- nie zadeklarował rozliczenia ponad 70% bądź 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, za co nie otrzymał pkt.

5.1 WARUNKI WYMAGANE

- 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 zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. INNE

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

W zakresie kryterium ceny oferent Rodamed Sp. z o.o. zadeklarował cenę 1,03 za co otrzymał 9,82 pkt.

II Odwołujący: Renata Chmielewska, Karolina Najberg działające w formie spółki cywilnej, prowadzące zakład leczniczy o nazwie NZOZ Fizjoterapia i Masaż Specjalistka R. Chmielewska K. Najberg s.c.

1.KOMPLEKSOWOŚĆ

1.1 SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY

- Odwołujący zadeklarował, że realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co otrzymał 15 pkt.

2. JAKOŚĆ

2.1 PERSONEL

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykanej i

balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – w równoważniku co najmniej ¼ etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez Odwołującego dodatkowych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał pkt.**

2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁWOŚCI

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli.
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co odjęto 0,5 pkt.
- zadeklarował 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, co skutkowało odjęciem 0,5 pkt.
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli.
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli.

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli.

2.3 JAKOŚĆ - POZOSTAŁE WARUNKI

- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał pkt.
- nie zadeklarował posiadania Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał pkt.
- nie zadeklarował prowadzenia indywidulanej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, ani prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał pkt.

3. DOSTĘPNOŚĆ

3.1. DOSTĘPNOŚĆ

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał pkt.

4.1 CIĄGŁOŚĆ

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał pkt.
- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co nie otrzymał pkt;
- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co nie otrzymał pkt;
- nie zadeklarował rozliczenia ponad 70% lub 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, przy czym wobec informacji pozyskanych z systemu informatycznego Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i w związku z udzielonymi dodatkowymi wyjaśnieniami Odwołującego, zmieniono odpowiedź na „Ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń”, za co przyznano 3 pkt.

5.1 WARUNKI WYMAGANE

- 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 zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

6. INNE

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał pkt.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący zadeklarował cenę 1,00 za co otrzymał 10 pkt.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że na posiedzeniu w dniu 9 sierpnia 2017 r. Komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza postanowiła:

- 1) w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w tym, w szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty – wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej i odejmować punkty rankingujące (w szczególności gdy oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego czy też sytuację, gdy przedłożone przez oferenta wyjaśnienia nie potwierdzają dokonanych przez komisję konkursową ustaleń) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany;

- 2) w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdawanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) – wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, że nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);
- 3) w przypadkach innych, niż określone w pkt 1 i 2, tj. wtedy gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu udzielania świadczeń weryfikacji oferenta (dotyczy np. posiadania sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych) lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy np. współpracy oferenta z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, posiadania aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną czy prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej) wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś po ich przyjęciu, gdy nie potwierdzą one faktu spełniania przez oferenta warunku dodatkowo ocenianego odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Z kolei na posiedzeniu w dniu 11 sierpnia 2017 r. Komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie:

- 1) nieprzyznania punktów z tytułu zadeklarowanego przez Odwołującego – R. Chmielewska i K. Najberg, z miejscem udzielania świadczeń w Turku (62-700), przy ul. Sportowej 9a (oferta numer: 15-17-000775[05/1]-0001/00) - spełnienia kryterium

określonego w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego, w rozdziale 2.1 PERSONEL, w punkcie 2.1.1 REH_1 *Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej;*

- 2) przyznania punktów z tytułu spełniania przez Odwołującego – R. Chmielewska i K. Najberg, z miejscem udzielania świadczeń w Turku (62-700), przy ul. Sportowej 9a (oferta numer: 15-17-000775[05/1]-0001/00) - kryterium określonego w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego, w rozdziale 4.1 CIĄGŁOŚĆ, w punkcie 4.1.2 REH_W *Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.*

Uwzględniając zaistniały stan faktyczny, o którym mowa powyżej, Komisja konkursowa ustaliła, co następuje.

- 1) W myśl § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, *Oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, **jest obowiązany go spełniać dodatkowo** ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.* Uwzględniając powyższe oraz fakt, iż w cz. VIII ANKIETY formularza ofertowego, rozdziale 2.1. PERSONEL, punkcie 2.1.1 REH_1 *Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej,* Odwołujący udzielił odpowiedzi: „równoważnik co najmniej ¼ etatu”, czego nie potwierdziły informacje wynikające z cz. VI. SZCZEGÓŁY OFERTY formularza ofertowego, Komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie wezwała Odwołującego do złożenia wyjaśnień. W odpowiedzi na wezwanie do złożenia wyjaśnień, w dniu 2 sierpnia 2017 r. do Komisji konkursowej wpłynęło pismo, w treści którego Odwołujący wskazał, iż ww. odpowiedź na pytanie ankietowe uznać należy za omyłkę, będącą wynikiem błędnej interpretacji przepisów prawa. Wobec powyższego Komisja konkursowa podjęła decyzję o nieprzyznaniu Odwołującemu punktów z tytułu kryterium: jakość, w odniesieniu do punktu 2.1.1

REH_1 *Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej.*

- 2) Jednocześnie w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego, w rozdziale 4.1 CIAGŁOŚĆ, punkcie 4.1.2 *REH_W Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty*, Odwołujący udzielił odpowiedzi: *Żadna z powyższych.* Wobec powyższego Komisja konkursowa w dniu 9 sierpnia 2017 r. wystosowała do Odwołującego wezwanie do złożenia wyjaśnień, w treści którego wskazała, iż udzielona przez Odwołującego odpowiedź nie jest spójna z informacjami posiadanymi przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, gromadzonymi w systemie informatycznym i pozyskanymi ze sprawozdanych raportów statystyczno – medycznych SWX. Z przedmiotowych danych wynika bowiem, że w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, w okresie od maja 2016 roku do kwietnia 2017 roku Odwołujący rozliczył świadczenia na łączną kwotę 10 764,00 zł, z czego 7 833,80 zł na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia, co stanowi 72,78%, a co oznacza, że Odwołujący na przedmiotowe pytanie mógł udzielić odpowiedzi: Ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń. W odpowiedzi na wezwanie do wyjaśnień Odwołujący w dniu 11 sierpnia 2017 roku skierował do Komisji konkursowej wyjaśnienia, z których wynika, iż odpowiedź udzielona w punkcie 4.1.2 jest wynikiem pomyłki związanej z błędną interpretacją pytania treści zapytania ofertowego. Wobec powyższego, Komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie podjęła decyzję o przyznaniu Odwołującemu punktów z tytułu kryterium ciągłości, w odniesieniu do punktu 4.1.2 *REH_W Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.*

Na posiedzeniu w dniu 14 sierpnia 2017 r. Komisja konkursowa podjęła uchwałę o treści jak następuje:

Zgodnie z treścią art. 142 ust. 6 Ustawy z komisja konkursowa w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielanie świadczeń i ceny za udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej.

Ponadto zgodnie z aktualnie obowiązującą procedurą konkursu ofert lub rokowań przeprowadzanych na podstawie Ustawy, przeprowadzenie negocjacji z oferentem nie oznacza dokonania wyboru jego oferty i przyrzeczenia zawarcia umowy, jednakże należy przyjąć, że wszystkie oferty ostatecznie wybrane do zawarcia umowy powinny być przedmiotem skutecznych negocjacji, z wyjątkiem przypadku, kiedy komisja decydowała o nieprzeprowadzeniu negocjacji z żadnym oferentem i dokonała wyboru wyłącznie na podstawie złożonych ofert.

Z powyższego wynika, iż negocjacje nie zmierzają do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lecz do ostatecznego ustalenia dwóch niezbędnych składników oferty tj. ceny oraz liczby planowanych świadczeń. Co istotne, ich przeprowadzenie jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem komisji konkursowej.

Odnosząc powyższe do analizowanego stanu faktycznego wskazania wymaga, iż Komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie nie zapraszała na negocjacje oferentów, w sytuacji, gdy po dokonaniu oceny punktowej udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe i hipotetycznym przyznaniu ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny oferta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane miejsce w rankingu ofert. Przyjęty przez Komisję konkursową sposób postępowania wynikał z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, Odwołujący zarzucił Komisji konkursowej obrazę art. 7 k.p.a. oraz art. 77 § 1 k.p.a., poprzez niewłączenie do udostępnianych akt postępowania konkursowego ich – zdaniem Odwołującego – istotnej części, w tym przede wszystkim części dotyczącej przyznanej punktacji obu konkurujących ze sobą ofert uczestników spornego postępowania.

Odnosząc się do powyższego należy przede wszystkim przytoczyć treść art. 135 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 Ustawy zgodnie z którym oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń zdrowotnej oraz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne, z kolei Fundusz realizuje zasadę jawności ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę – w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert. Z kolei w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarto w § 11 ust. 1 doprecyzowanie powyższej

zasady i tak, zgodnie z tym przepisem, oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę. Jednocześnie należy zauważyć, że Odwołujący podpisał „Oświadczenia oferenta”, którego wzór stanowi załącznik nr 3 do ww. zarządzenia Prezesa NFZ, zgodnie z którym zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania.

Jak wynika z powyżej przytoczonego stanu prawnego jedynymi dokumentami, które podlegają ujawnieniu po zakończeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy są oferty (z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę). Przepisy te z kolei nie zobowiązują do włączenia do udostępnianych akt postępowania konkursowego części dotyczącej przyznanej przez komisję konkursową punktacji. Ponadto zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, komisja konkursowa obraduje na jawnych i niejawnych posiedzeniach. W części niejawnego postępowania dokonywana jest ocena każdej oferty zakwalifikowanej do tego etapu postępowania. W części tej sporządzany jest m.in. ranking otwarcia, który powstaje w oparciu o złożone i wczytane zapytania ofertowe i ankiety. W części niejawnego postępowania złożone oferty podlegają zatem pogłębionej analizie dokonywanej przez komisję konkursową, z wykorzystaniem systemu informatycznego oraz informacji i danych w nim zawartych. Z kolei w sytuacji podjęcia decyzji o przeprowadzeniu negocjacji, po ich zakończeniu sporządzany jest ranking końcowy. Należy jednak zauważyć, że dokumenty sporządzane w części niejawnego postępowania nie podlegają ujawnieniu, co wynika *a contrario* z przepisu art. 135 Ustawy, jako iż ujawnieniu podlegają jedynie złożone w postępowaniu oferty. Odwołujący nie mógł zatem skutecznie domagać się ujawnienia wnioskowanych przez niego dokumentów. Należy także zauważyć, że w złożonym przez Odwołującego wniosku o udostępnienie akt postępowania z dnia 18 sierpnia 2017 r. jako podstawę prawną zawartego w nim żądania podano art. 73 § 1 k.p.a. zgodnie z którym strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów, a prawo to przysługuje także po zakończeniu postępowania. Zauważenia wymaga, że prowadzone przez daną komisję konkursową postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie jest postępowaniem administracyjnym, co wynika z Działu VI Ustawy: „Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze

świadczeniodawcami”, a konkretnie z art. 132 ust. 2 Ustawy, zgodnie z którym umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w tym dziale. Wszczęcie postępowania administracyjnego, w którego efekcie wydana zostaje przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu decyzja administracyjna, następuje wskutek złożonego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania, o czym stanowi art. 154 ust. 3 Ustawy, a o czym także strony tego postępowania zostają powiadomione osobnymi pismami [co miało także miejsce w niniejszym przypadku – pisma z dnia 29 sierpnia 2017 r. (WO-DP.422.82.2017.1.AK, WO-DP.422.82.2017.2.AK)]. Dopiero z chwilą wszczęcia postępowania administracyjnego strony tego postępowania mają pełen dostęp zarówno do złożonych w jego toku ofert, jak i do dokumentacji wytworzonej przez komisję konkursową. Wobec powyższego wniosek Odwołującego w kwestii udostępnienia mu dokumentacji dotyczącej przyznanej punktacji złożony po rozstrzygnięciu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, a przed złożeniem przez niego odwołania, nie mógł zostać załatwiony pozytywnie, a jedynymi dokumentami, które na tym etapie podlegały ujawnieniu były złożone w postępowaniu oferty, z wyłączeniem zastrzeżonych informacji, stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa.

Na marginesie należy zauważyć, że na podstawie samego wglądu w oferty możliwe jest ustalenie punktacji przyznanej danej ofercie, jako iż przyporządkowywanie punktów dokonywane jest to w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącego akt prawa powszechnie obowiązującego. Sam wgląd zatem w stanowiącą część VIII formularza ofertowego Ankiety pozwala na przyporządkowanie odpowiedniej sumy punktów zgodnie z ww. rozporządzeniem adekwatnie do udzielonych odpowiedzi. Ponadto na podstawie wystosowanych do oferentów w trakcie postępowania konkursowego wezwań do wyjaśnień oraz udzielonych przez nich odpowiedzi można wysnuć wnioski odnośnie ewentualnie dokonywanych korekt odpowiedzi ankietowych. Reasumując należy stwierdzić, że wytworzona przez komisję konkursową dokumentacja nie jest niezbędna do ustalenia łącznej sumy punktów oceny danej oferty, jako iż działania komisji konkursowej w tym zakresie muszą być zgodne ze wskazanymi powyżej, znajdującymi zastosowanie przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które powinny być znane każdej ze stron prowadzonego postępowania. Niemniej na etapie prowadzonego już postępowania administracyjnego

Odwołujący skorzystał z uprawnienia do wglądu w całość dokumentacji dotyczącej prowadzonego postępowania konkursowego nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01, w tym do wglądu do dokumentów wytworzonych przez Komisję konkursową, dotyczących punktacji przyznanej danym ofertom.

Zgodnie z art. 7 k.p.a. w toku postępowania organy administracji publicznej stoją na straży praworządności, z urzędu lub na wniosek stron podejmują wszelkie czynności niezbędne do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego oraz do załatwienia sprawy, mając na względzie interes społeczny i słuszny interes obywateli, natomiast zgodnie z art. 77 § 1 k.p.a. organ administracji publicznej jest obowiązany w sposób wyczerpujący zebrać i rozpatrzyć cały materiał dowodowy. Przepisy te wyznaczają zasady i sposób postępowania organu, które mają zastosowanie w prowadzonym postępowaniu administracyjnym. Jak wcześniej wywiedziono wszczęcie postępowania administracyjnego następuje z chwilą złożenia odwołania od rozstrzygnięcia postępowania, co oznacza, że nieudostępnienie dokumentów dotyczących przyznanej punktacji po zakończeniu postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej a przed złożeniem odwołania nie może stanowić naruszenia zarówno art. 7 k.p.a. jak i art. 77 § 1 k.p.a. Zarzut naruszenia tych przepisów jest zatem bezzasadny.

Odwołujący zarzucił także naruszenie art. 8 § 1 k.p.a. poprzez uniemożliwienie przeprowadzenia rzeczywistej kontroli rozstrzygnięcia Komisji konkursowej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uniemożliwiające tym samym wywiązanie się Wielkopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ z obowiązków na nim ciążących, określonych w art. 134 ust. 1 Ustawy. Ponownie należy zwrócić uwagę, że art. 8 § 1 k.p.a. dotyczy prowadzonego postępowania administracyjnego i stanowi, że organy administracji publicznej prowadzą postępowanie w sposób budzący zaufanie jego uczestników do władzy publicznej, kierując się zasadami proporcjonalności, bezstronności i równego traktowania. Postępowanie administracyjne wszczęto dopiero z chwilą złożenia odwołania. W dniu 29 sierpnia 2017 r. Odwołujący skorzystał z prawa wglądu w akta sprawy, na które składały się oferty Odwołującego oraz oferenta, który został wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także dokumenty wytworzone w toku postępowania przez Komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01. Wobec powyższego trudno jest zarzucić naruszenie art. 8 § 1 k.p.a., jako iż akta sprawy udostępniane są stronom postępowania na takich samych zasadach. Do każdej ze stron postępowania kierowane jest pismo informujące o przysługujących uprawnieniach wynikających z Kodeksu postępowania administracyjnego.

Strony mają zatem możliwość zaznajomienia się z aktami sprawy, w których znajduje się także uzasadnienie dla wszystkich dokonywanych w jego trakcie czynności. Reasumując strony prowadzonego postępowania mają równe szanse w dochodzeniu swoich praw, jako iż na takich samych zasadach udostępniana jest im całość dokumentacji dotyczącej danego postępowania konkursowego, co urzeczywistnia także zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego należy uznać zarzut naruszenia art. 8 § 1 k.p.a. oraz art. 134 ust. 1 Ustawy za nieuzasadniony.

Odwołujący w swoim odwołaniu zarzucił także Komisji konkursowej naruszenie art. 10 § 2 k.p.a., poprzez uniemożliwienie stronie postępowania wypowiedzenia się co do materiału stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego, wyrażające się w pozbawieniu Odwołującej – przed złożeniem odwołania – możliwości zapoznania się z przyznawaną podmiotom punktacją kryteriów wyboru. Jak wcześniej zostało stwierdzone, udostępnienie Odwołującemu dokumentacji wytworzonej przez Komisję konkursową, dotyczącej przyznanej łącznej sumy punktów oceny, mogło nastąpić i nastąpiło po wszczęciu postępowania administracyjnego, które zainicjowało dopiero złożenie przez Odwołującego odwołania. Odwołujący skorzystał z prawa wglądu w akta sprawy w dniu 29 sierpnia 2017 roku. Termin wydania decyzji administracyjnej został wyznaczony na dzień 5 września 2017 roku, co oznacza, że Odwołujący nie został pozbawiony prawa do wypowiedzenia się co do zebranego w sprawie materiału dowodowego, jako iż przed wyznaczonym terminem załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji administracyjnej, skorzystał z prawa wglądu w akta sprawy, na które składała się także dokumentacja wytworzona przez Komisję konkursową. Wobec powyższego zarzut naruszenia art. 10 § 2 k.p.a. także nie znajduje podstaw wobec przedstawionego stanu faktycznego.

Odnosnie zarzutu naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy poprzez niezapewnienie równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a także naruszenia zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, należy stwierdzić, że Odwołujący nie doprecyzował w swoim odwołaniu na czym miałyby to naruszenie polegać. Co istotne, Odwołujący stwierdził w uzasadnieniu odwołania, że poprzez nieudostępnienie mu dokumentacji dotyczącej punktacji przed złożeniem odwołania, pozbawiono go możliwości ustalenia, czy nie doszło naruszenia przepisu art. 134 ust. 1 Ustawy, a więc czy nie doszło w toku postępowania konkursowego do obrazy zasady

równego traktowania wszystkich oferentów oraz zasady uczciwej konkurencji, a także czy nie doszło do naruszenia przez Komisję konkursową interesu prawnego Odwołującego. Należy zatem zauważyć, że Odwołujący w żaden sposób nie przedstawił na czym miałyby polegać naruszenia zasad o których mowa powyżej, nie wskazał także, które zachowanie Komisji konkursowej doprowadziło do naruszenia zasad postępowania konkursowego, a przez to także do naruszenia jego interesu prawnego. Odwołujący wręcz przyznał, że nie ustalił, czy w ogóle doszło do naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy, ponieważ jego zdaniem pozbawiono go takiej możliwości. Należy raz jeszcze podkreślić, że dokumentacja dotycząca postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01, obejmująca także dokumenty wytworzone przez Komisję konkursową, została Odwołującemu udostępniona po złożeniu przez niego odwołania, które zainicjowało wszczęcie postępowania administracyjnego, jako iż dopiero w tym postępowaniu zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Zgodnie z art. 134 ust. 1 Ustawy Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Z kolei zgodnie z ust. 2 ww. przepisu 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.

Należy stwierdzić, że wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest 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, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W niniejszym postępowaniu był to załącznik Nr 5, stanowiący „Wykaz

szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza”. Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01.

Uwzględniając powyższe, a także brak precyzyjnego wskazania, które z działań Komisji konkursowej stanowiło naruszenie zasady określonej w art. 134 ust. 1 Ustawy, należy uznać, że zarzut naruszenia tego art. jest bezzasadny.

Odwołujący zarzucił także Komisji konkursowej naruszenie art. 142 ust. 7 Ustawy, poprzez nieprzeprowadzenie przez Komisję konkursową negocjacji z minimum dwoma oferentami.

W tym miejscu należy ponownie wskazać na fakt podjęcia uchwały Komisji konkursowej z dnia 14 sierpnia 2017 r., zgodnie z którą Komisja konkursowa nie zapraszała na negocjacje oferentów w sytuacji, gdy po dokonaniu oceny punktowej udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe i hipotetycznym przyznaniu ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny oferta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane miejsce w rankingu ofert, a przyjęty sposób postępowania wynikał z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania. Zgodnie z kolei z treścią art. 142 ust. 6 Ustawy komisja konkursowa w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń i ceny za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto zgodnie z aktualnie obowiązującą procedurą konkursu ofert lub rokowań przeprowadzonych na podstawie Ustawy, przeprowadzenie negocjacji z oferentem nie oznacza dokonania wyboru jego oferty i przyrzeczenia zawarcia umowy, jednakże należy przyjąć, że wszystkie oferty ostatecznie wybrane do zawarcia umowy powinny być przedmiotem skutecznych negocjacji, z wyjątkiem przypadku, kiedy komisja zdecydowała o nieprzeprowadzeniu negocjacji z żadnym oferentem i dokonała wyboru wyłącznie na podstawie złożonych ofert. Z powyższego wynika, iż negocjacje nie zmierzają do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lecz do ostatecznego ustalenia dwóch niezbędnych składników oferty, tj. ceny oraz liczby planowanych świadczeń, a co istotne, ich przeprowadzenie jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem komisji konkursowej. Należy ponadto zaznaczyć, że zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

maksymalną liczbą punktów, którą oferent mógł otrzymać w ramach kryterium ceny było 10 pkt, czyli dokładnie tyle, ile przyznano ofercie Odwołującego za spełnienie tego kryterium. Chociażby z tego powodu zatem przeprowadzenie negocjacji z Odwołującym w żaden sposób nie doprowadziłoby do zmiany liczby punktów przyznanej finalnie ofercie Odwołującego, a co za tym idzie, nie zwiększyłoby jego szans na zmianę pozycji w rankingu końcowym, zwłaszcza w kontekście możliwości zawarcia tylko jednej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku prowadzonego postępowania konkursowego. Jak pokazuje ranking końcowy oferta oferenta wybranego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna uzyskała 50,82 pkt, natomiast oferta Odwołującego otrzymała 27 łącznej liczby punktów oceny, co stanowi dużą różnicę w łącznej liczbie punktów oceny ofert. Zgodnie z kolei z treścią ogłoszenia o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej maksymalną liczbą umów, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania była liczba 1. Wobec powyższego wiadomym było, iż do zawarcia umowy zostanie wybrana oferta oferenta, która uzyska najwyższą łączną liczbę punktów oceny, co miało miejsce w przypadku postępowania konkursowego nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniu nie wykazano, aby Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000775/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, a zatem nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionego odwołania. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

Łe-ca Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Hanna Phillips

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji

Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

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

Wykonano w 4 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.,
2. Rodamed Sp. z o.o.- 1 egz.;
3. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Korbas – Zespół Radców Prawnych.