

WO-DP.422.20.2018

Poznań, dnia 1 lutego 2018 r.

DECYZJA NR 18 /2018/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zmianami) zwanej dalej „ustawą” oraz art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1257), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne, wniesionego przez Alicję Krzymińską prowadzącą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ALIDAN” Usługi w Zakresie Rehabilitacji Ruchowej i Fizjoterapii Alicja Krzymińska z siedzibą w Tarnowie Podgórnym (62-080) przy ul. Nowej 15, postanawiam

oddalić w całości odwołanie.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy 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 zmianami), zwanego dalej „rozporządzeniem o sposobie ogłaszania o postępowaniu”, dnia 31 października 2017 r. ogłosił postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000081/REH/05/ 1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 246.258,60 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., natomiast maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 1 (słownie: jedna) umowa.

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy, dnia 5 stycznia 2018 r., ogłoszono rozstrzygnięcie postępowania i z tą datą nastąpiło jego zakończenie.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania zamieszczono na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza że spełniono dyspozycję art. 151 ust. 2 ustawy.

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

Na podstawie art. 154 ust. 1 ustawy świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego 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 brzmieniem przepisu 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 12 stycznia 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Alicję Krzymińską prowadzącą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ALIDAN” Usługi w Zakresie Rehabilitacji Ruchowej i Fizjoterapii Alicja Krzymińska z siedzibą w Tarnowie Podgórnym (62-080) przy ul. Nowej 15, zwaną dalej: „Odwołującą”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

Odwołująca wnosi o uwzględnienie odwołania powołując błędnie przepis art. 154 ust. 4 ustawy, zgodnie z brzmieniem którego od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenia sprawy.

Odwołująca zarzuca, że niedokonanie wyboru jej oferty godzi w uzasadnione interesy społeczności gminy Tarnowo Podgórne (zakłóci prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej), gdyż jako jedyna świadczy na jej terenie rehabilitację leczniczą w zakresie fizykoterapii ambulatoryjnej, działając nieprzerwanie od 1999 r. (19 lat) zyskując uznanie i zaufanie pacjentów (miesięcznie z usług gabinetu korzysta około 80 osób) zamieszkałych na terenie gminy Tarnowo Podgórne, gmin sąsiednich w tym mieszkańców miasta Poznania. Podkreśla, że jej pacjenci powracają do wykonywanych świadczeń pomimo, że mogliby skorzystać z usług innego świadczeniodawcy, dogodniej dla nich położonego. Wskazuje na dobre warunki i profesjonalizm świadczonych usług przez doskonale dobrą kadrę zapewniającą bardzo dobrą jakość wykonywanych zabiegów, znajomość dolegliwości oraz indywidualnej specyfiki schorzeń pacjentów (istotną część pacjentów stanowią osoby starsze i niezmężne, a konieczność dojazdów na zbiegi do innych gmin często przekracza ich możliwości organizacyjne i finansowe). Podnosi, że jest to szczególnie ważne przy długotrwałych terapiach, gdzie pacjenci mają już pouzgadniane terminy zabiegów przypadające nawet na czerwiec 2018 r. oraz dogodną lokalizację Tarnowa Podgórnego w gminie. Wskazuje, że w całym okresie funkcjonowania nie wpłynęła na działalność gabinetu żadna skarga.

Odwołująca podkreśla, że znaczenie placówki dla lokalnej społeczności potwierdzają załączone do odwołania pisma popierające skierowane do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przez:

- Wójta Gminy Tarnowo Podgórne (pismo z dnia 10 stycznia 2018 r. znak: BOWR.0330.1.2018), w którym wskazał w szczególności, że Odwołująca prowadzi jedyną tego typu placówkę na terenie Tarnowa Podgórnego i okolic przyjmując wszystkich pacjentów potrzebujących specjalistycznej pomocy. Wysokość kontraktu zaledwie w połowie zabezpiecza zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej. Niepodpisanie kontraktu spowoduje pozostawienie mieszkańców gminy Tarnowo Podgórne liczącej ponad 25 tys. osób, szczególnie mieszkańców zachodniej jej części, bez opieki. Stąd wniósł o zwiększenie kwoty kontraktu;
- Dyrektora Ośrodka Sportu i Rekreacji w Tarnowie Podgórny (pismo z dnia 11 stycznia 2018 r. znak: OSiR-04.2018), w którym wskazał w szczególności, że Odwołująca od 2004 r. prowadzi działalność w pomieszczeniach dzierżawionych przez OSiR Tarnowo Podgórne. OSiR zainstalował windę zewnętrzną dla ludzi z dysfunkcją poruszania się, a w 2016 r. dostosował obiekt dla ludzi niewidzących i słabowidzących przez zamontowanie znaków opisowych poziomych i pionowych na posadzkach, poręczach oraz drzwiach wykonanych w alfabecie Braille'a. Wskazał na duże zainteresowanie usługami świadczonymi przez Odwołującą na rzecz lokalnej społeczności oraz spoza gminy Tarnowo Podgórne;
- Kierownik Pielęgniarsko Położniczego Ośrodka Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Systema” spółka cywilna z siedzibą w Tarnowie Podgórny (pismo z dnia 10 stycznia 2018 r.), w którym wskazała w szczególności, że lokalizacja gabinetu Odwołującej w Tarnowie Podgórny bardzo ułatwia współpracę, stąd nie wyobraża sobie, by dla licznej

populacji gminy Tarnowo Podgórne (około 25 tysięcy mieszkańców) odstępna była tylko jedna placówka rehabilitacyjna w Przeźmierowie, skoro najwięcej chorób narządu ruchu dotyka ludzi starszych, którym ciężko dotrzeć na rehabilitację do innych miejscowości;

- pisma pacjentów z dnia 9 stycznia 2018 r. (13 pism o identycznej treści, podpisanych przez pacjentów), w których wskazali w szczególności na stale zwiększającą się liczbę osób korzystających z pracy zakładu, jakość wykonywanych zabiegów, krótkie terminy przyjęć, natychmiastowość usług dla osób po urazach oraz profesjonalizm. Decyzja Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w ich ocenie, drastycznie utrudnia dostęp mieszkańców gminy Tarnowo Podgórne do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji ruchowej i fizykoterapii, podczas gdy zapotrzebowanie na tego typu zabiegi w środowiskach wiejskich jest bardzo duże (specyfika warunków pracy i życia).

Wskazując na powyższe Odwołująca podnosi cyt.: „*Powyższe fakty należy uzasadniać odwołaniem*”, o którego uwzględnienie wnosi, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w gminie Tarnowo Podgórne.

Od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 złożono jedno odwołanie.

Dnia 24 stycznia 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo świadczeniodawcy, który w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert został wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tj. „MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Przeźmierowie (62-081), ul. Rynkowa 36, reprezentowana przez Krystynę Turską-Krotofil. Opowiadając na zarzuty i argumenty (cyt.: „*kwestie niezgodne z prawdą*”) odwołania oraz załączonych pism popierających,

MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością podnosi w szczególności w zakresie:

I. odwołania:

- 1) zarzut Odwołującej, że mieszkańcy gminy Tarnowo Podgórne pozostaną bez opieki, stąd zasadność realizacji umowy w Tarnowie Podgórny;

MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością poddał w wątpliwość, która wieś gminy Tarnowo Podgórne jest cyt.: „*główną miejscowością Tarnowa Podgórnego*”. Powołując informacje zawarte na stronie www.tarnowo-podgorne.pl wskazuje, że najliczniejszą wsią gminy Tarnowo Podgórne jest Przeźmierowo (ok. 6.500 mieszkańców), a sąsiadujące z nim (odległość ok. 10 km): Tarnowo Podgórne (5.500 mieszkańców) oraz Baranowo (ok. 2.500 mieszkańców). Wskazał, że dowodem niezaspakajania potrzeb gminy w zakresie ambulatoryjna fizykoterapia jest podnoszone przez Odwołującą przyjmowanie pacjentów z gmin ościennych, które (wszystkie) posiadają własne ośrodki fizjoterapii ambulatoryjnej w ramach umów z Funduszem, gdy pacjenci z wsi Baranowo i Przeźmierowo

byli zmuszeni korzystać z sąsiadujących placówek w Dopiewie i Poznaniu.

- 2) argument Odwołującej, że pacjenci powracają do wykonywanych przez nią świadczeń, a nie do innego dogodniej dla nich położonego świadczeniodawcy;

MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością podniósł, że pacjenci dotychczas mogli korzystać jedynie z świadczeń Odwołującej, gdyż nie było dogodniej dla nich położonej placówki. W roku 2015 odpowiadając na oczekiwania pacjentów zainwestował całkowicie własne środki w wynajmowane pomieszczenia i stworzył nowoczesną placówkę, z wyszkoloną kadrą, która od samego początku spełnia wszystkie wymagania Ministra Zdrowia. Jako jedyny w gminie świadczeniodawca wykonuje krioterapię azotem, zabiegi polem elektrycznym wysokiej częstotliwości, kąpiele wirowe rąk i nóg oraz masaże.

- 3) zarzut Odwołującej, że pacjenci mają pouzgadniane terminy zabiegów przypadające nawet na czerwiec 2018 r., że w szczególności bez opieki pozostaną osoby starsze i niezdolne, które będą musiały dojeżdżać do innych gmin na zabiegi;

MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością podniósł, że pacjenci Odwołującej, którzy mają pouzgadniane terminy zabiegów przypadające nawet na czerwiec 2018 r. nie pozostaną bez opieki, gdyż w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert został wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i jest przygotowany na przyjęcie pacjentów Odwołującej we wcześniej wyznaczonych terminach cyt: *”o czym poinformowaliśmy 8 stycznia panią zastępcę wójta Tarnowa Podgórnego”*. Wskazał, że pacjenci będą realizować zabiegi w Przeźmierowie, gdzie mieszka większość świadczeniobiorców dotychczas korzystających ze świadczeń Odwołującej w Tarnowie Podgórny.

II. załączonych do odwołania pism popierających:

- 1) pismo Wójta Gminy Tarnowo Podgórne z dnia 10 stycznia 2018 r. znak: BOWR.0330.1.2018;

MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zarzucił, że z pisma Wójta Gminy Tarnowo Podgórne wynika, iż nie posiadał informacji o wyniku przeprowadzonego przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach zwiększonych środków finansowych, postępowania w trybie konkursu ofert, w którym został wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej na terenie gminy Tarnowo Podgórne. Zabezpiecza to opiekę zdrowotną mieszkańcom gminy. Wskazując na ogólnodostępne dane demograficzne gminy Tarnowo Podgórne podniósł, że większość mieszkańców nie mieszka i nie będzie mieszkać w jej zachodniej części. Postawił zarzut, że Odwołująca celowo oczerniania Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oraz pomija fakt otrzymania kontraktu przez MED-LUX” spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.

- 2) pismo Dyrektora Ośrodka Sportu i Rekreacji w Tarnowie Podgórny z dnia 11 stycznia 2018 r. znak: OSiR-04.2018);

MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością podważył zasadność poparcia wyrażonego Odwołującą w piśmie Dyrektora Ośrodka Sportu i Rekreacji w Tarnowie Podgórny Wskazał, że nie mając pewności wygranej w konkursie zainwestował własne środki finansowe w wynajmowane pomieszczenia, sprzęt i personel, a wszystkie kontrole i odbiory okazały się zgodne z przepisami, stąd uczciwie wygrał konkurs. Zarzucił Odwołującą, że działając od 1999 r. nie zainwestowała własnych środków finansowych w podniesienie jakości oferowanych usług.

- 3) pismo z dnia 10 stycznia 2018 r. Kierownika Pielęgniarsko Położniczego Ośrodka Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Systema” spółka cywilna z siedzibą w Tarnowie Podgórny;

MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością podważył zasadność poparcia wyrażonego Odwołującą w piśmie Kierownika Pielęgniarsko Położniczego Ośrodka Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Systema” spółka cywilna z siedzibą w Tarnowie Podgórny, wobec braku wskazania, że w gminie Tarnowo Podgórne są trzy ośrodki pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, z czego dwa w Przeźmierowie (ten sam świadczeniodawca), co zapewnia koordynację świadczeń. Podnosi, że lokalizacja ośrodków pielęgniarsko-położniczych względem gabinetów fizjoterapii ambulatoryjnej w Przeźmierowie jest korzystniejsza dla pacjentów. Nadto skierowania pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej stanowią znikomą część wszystkich zleceń na fizjoterapię ambulatoryjną, gdyż podstawę stanowią skierowania lekarzy specjalistów: ortopedów, neurologów (MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością jako jedyny w gminie Tarnowo Podgórne świadczeniodawca posiada kontrakt w tych zakresach) i reumatologów. Jedyny w gminie Tarnowo Podgórne posiada rentgen. MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością podkreślił, że w powyższych zakresach posiada kontrakty, co umożliwi koordynację większej ilości udzielanych świadczeń, zapewni ich wyższą jakość w lokalizacji umożliwiającej szeroki dostęp mieszkańcom gminy, stąd realną współpracę lekarzy z fizjoterapeutami.

- 4) pisma pacjentów z dnia 9 stycznia 2018 r. (13 pism o identycznej treści, podpisanych przez pacjentów)

MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością wskazał, że Odwołująca nie poinformowała pacjentów, że został wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna na terenie gminy Tarnowo Podgórne tj. jako świadczeniodawca zapewnia ciągłość świadczeń opieki zdrowotnej z przedmiotowego zakresu oraz iż w postępowaniu konkursowym korzystnie ją oceniono (Odwołującą), co jednak nie wystarczyło aby wygrać.

Dnia 31 stycznia 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo z dnia 30 stycznia 2018 r. zatytułowane „ponowne odwołanie”, które należy traktować jako uzupełnienie odwołania wniesione przez Odwołującą dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-

18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne. Odwołująca powtarza zarzuty i argumenty odwołania z dnia 12 stycznia 2018 r. wskazując na aspekt finansowo - logistyczny dostępności fizjoterapii ambulatoryjnej dla świadczeniobiorców w Tarnowie Podgórny. Podnosi cyt.: *"Zainicjowana ponad 20 lat temu reforma samorządowa w swej istocie dążyła do przekazania uprawnień lokalnych jednostkom – reforma sprawdziła się - zatem nie niszczy wypracowanych rozwiązań i nie tworzy centralizacji usług, także w zakresie rehabilitacji. Pozwólmy pacjentom dokonać wyboru i wybrać placówkę, która świadczy profesjonalnie usługi, znajduje się najbliżej miejsca zamieszkania w której to pacjent jest rozpoznawalny z imienia i nazwiska bo przepustowość pacjentów w mniejszej społeczności pozwala na ich identyfikację."* Do pisma ww. pisma Odwołująca dołączyła:

- 1) pismo Wójta Gminy Tarnowo Podgórne z dnia 29 stycznia 2018 r., argumentacja jak w piśmie z dnia 10 stycznia 2018 r. nadto cyt.: *„Niepodpisanie kontraktu oznacza pozostawienie osób starszych oraz tych po wypadkach, wylewach czy udarach, bez jakże ważnej – szczególnie w początkach rekonwalescencji – terapii. Jednocześnie odległości do podobnych placówek są na tyle duże, że w praktyce szanse na rehabilitację osób potrzebujących drastycznie maleją. Apeluję zatem do Pana Dyrektora o powtórne przeanalizowanie wniosku Niepublicznego Zakładu Medycznego ALIDAN i wydanie pozytywnej opinii, co pozwoli na podpisanie nowego kontraktu."*
- 2) pismo Prezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Tarnowie Podgórny z dnia „29 lutego 2018 r.” (omyłkowo wskazana data) cyt.: *„W ramach propagowanej przez Rząd polityki senioralnej powinno się zwiększać dostępność korzystania z tego typu świadczeń zdrowotnych. Bez kontraktu z NFZ placówka „Alidan” przestanie istnieć na czym bardzo ucierpią mieszkańcy Gminy. Stowarzyszenie UTW bardzo prosi o zmianę decyzji w tej kwestii i przywrócenie możliwości dalszego świadczenia usług rehabilitacyjnych na rzecz naszej społeczności."*
- 3) pismo Sołtys Sołectwa Kobylniki z dnia 26 stycznia 2018 r. cyt.: *„Większość pacjentów przybywających do tej placówki są to osoby w podeszłym wieku i korzystanie z usług odpłatnych jest barierą nie do pokonania. Dojeżdżanie do innych miejscowości jest także ogromnym utrudnieniem dla osób schorowanych i niepełnosprawnych. Myślę, że podejście i troska o pacjenta w „Alidanie” może służyć przykładem dla niejednego tego typu zakładu fizjoterapii i rehabilitacji ruchowej. Brak kontraktu z NFZ może przyczynić się do jej upadłości co byłoby ogromną stratą dla pacjentów, którzy od dawna korzystali z zabiegów świadczonych w tej placówce."*
- 4) pismo pacjentki Joanny Kreczkowskiej z dnia 26 stycznia 2018 r. cyt.: *„Gabinet jest dobrze wyposażony i dostępny dla osób mających problemy z poruszaniem się, gdyż, co niezmiernie istotne, można podejść pod same drzwi, a nawet skorzystać z windy."*

Pismo Odwołującej z 30 stycznia 2018 r. („ponowne odwołanie”) wraz załączonymi pismami popierającymi nie wnoszą nowych zarzutów i argumentów.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 z odwołania wniesionego przez Odwołującą, pismem z dnia 16 stycznia 2018 r. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania tj. Odwołującą oraz podmiot wskazany w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o uprawnieniach wynikających z przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału strony w każdym stadium postępowania odwoławczego, a przed wydaniem decyzji umożliwieniem wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, jak również o przysługującym prawie wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów oraz wypowiadania się co do zebranych dowodów i materiałów, jak również o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 1 lutego 2018 r.

Dnia 22 stycznia 2018 r. z uprawnienia wglądu w akta sprawy oraz odbioru kserokopii odwołania skorzystała Pani Krystyna Turska-Krotofil reprezentująca MED-LUX” spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.

Dnia 23 stycznia 2018 r. z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystała osobiście Odwołująca Pani Alicja Krzywińska.

Na skutek odwołania złożonego przez Odwołującą dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania numer 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania.

W tym zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne, złożono 2 oferty:

1. oferta numer: 15-18-000081[05/1]-0001/00 „MED-LUX spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Rynkowa 63, 62-081 Przeźmierowo;
2. oferta numer: 15-18-000081[05/1]-0002/00 Alicji Krzywińskiej prowadzącej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ALIDAN” Usługi w Zakresie Rehabilitacji Ruchowej i Fizykoterapii Alicja Krzywińska z siedzibą w Tarnowie Podgórny (62-080) przy ul. Nowej 15.

Oferty dwóch świadczeniodawców zakwalifikowano do części jawnej postępowania w sprawie zawarcia umowy.

W ogłoszeniu z dnia 5 stycznia 2018 r. o postępowaniu nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne, zamieszczono informację, że było prowadzone w szczególności o przepisy:

- 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 zmianami), zwane dalej „rozporządzeniem o rehabilitacji”;
- 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 zmianami), zwane dalej „rozporządzeniem o kryteriach wyboru ofert”;
- 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 zmianami), zwane dalej „rozporządzeniem o sposobie ogłaszania postępowania”;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1146), zwane dalej „ogólnymi warunkami umów”;
- zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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 (Biul. Inf. NFZ z 2016 r., poz. 130 ze zmianami), zwane dalej „zarządzeniem o zawieraniu i realizacji umów”;
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Biul. Inf. NFZ z 2017 r., poz. 18 ze zmianami), zwane dalej „zarządzeniem o warunkach postępowania”.

Komisja konkursowa prowadząc postępowanie numer 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie jego części jawnej wezwała obu oferentów do uzupełnienia braków formalnych (złożenia dodatkowych dokumentów oraz przedłożenia wyjaśnień) pod rygorem odrzucenia oferty oraz przeprowadziła weryfikację u jednego oferenta.

Celem ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-18-

000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła m.in. dnia 6 grudnia 2018 r. uchwałę w przedmiocie oceny ofert w zakresie zapewnienia przez oferentów transportu sanitarnego.

Żadna z ofert nie została odrzucona, wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Stąd do części niejawniej postępowania zakwalifikowano 2 (słownie: dwóch) oferentów spełniających wymagane warunki formalne oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez „MED-LUX” spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością zakwalifikowanego do części niejawniej postępowania nie skutkował wyborem oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy oraz przepisów rozporządzenia o kryteriach wyboru ofert, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 ustawy oraz § 3 pkt 5 rozporządzenia o kryteriach wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. **Jakość** udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii: „Personel”:

- magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu:
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu:
 - tak (17,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii: „Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia”:

- tak (3,00 punkty);
- nie (brak punktów);
- wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

- basen rehabilitacyjny – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - kriokomora – w lokalizacji:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- c) kategorii: „Pozostałe warunki”:
- w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii: „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości - część wspólna”:
- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (- 1,00 punkt);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (- 1,00 punkt);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (- 1,50 punktu);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - 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);
 - nie (brak punktów ujemnych);

- nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (- 0,50 punktu);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - tak (- 0,50 punktu);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (- 0,50 punktu);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (- 1,00 punkt);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (- 1,00 punkt);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli:
 - tak (- 0,50 punktu);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udaremnienie lub utrudnianie kontroli:
 - tak (- 2,00 punkty);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (- 1,00 punkt);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (- 0,50 punktu);
 - nie (brak punktów ujemnych);

- brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (- 0,50 punktu);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- e) kategorii: „Pozostałe warunki – część wspólna”:
 - Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - prowadzenie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2,00 punkty);
 - 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 (4,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
- 2. Kryterium: **Kompleksowość** udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii: „Sposób wykonania umowy”:
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- 3. Kryterium: **Dostępność** udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
 - a) kategorii: „Dostępność-harmonogram czasu pracy”:
 - czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie:
 - tak (5,00 punktów);

- nie (brak punktów);
- b) kategorii: „Dostępność część wspólna”:
- odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
4. Kryterium: **Ciągłość** udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii: „Ciągłość - część wspólna”:
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
 - rozliczenie:
 - ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (6,00 punktów);
 - ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (3,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
5. Kryterium: **Inne** warunki oceniane - część wspólna:
- współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
6. Kryterium: **Cena** świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać należy, że zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do powyższego rozporządzenia:

- 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 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania jako podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne, wskazano 1 (słownie: jednego) oferenta: „MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Rynkowa 63, 62-081 Przeźmierowo, obejmującą jedno miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane w Przeźmierowie przy ul. Rynkowej 76.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Alicji Krzywińskiej prowadzącej działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ALIDAN" Usługi w Zakresie Rehabilitacji Ruchowej i Fizykoterapii Alicja Krzywińska z siedzibą w Tarnowie Podgórnym (62-080) przy ul. Nowej 15, z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania o wyborze ofert przez świadczeniodawcę, który uzyskał większą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert oraz wyczerpania maksymalnej liczby umów, która miał zawrzeć w wyniku rozstrzygnięcia postępowania.

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
1	"MED-LUX" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	62-081 PRZEŻMIEROWO ul. RYNKOWA 63	PRACOWNIA FIZJOTERAPII PRZEŻMIEROWO 62-081 PRZEŻMIEROWO ul. RYNKOWA 76	10	30	0	6	0	0	36	46	Tak
2	ALICJA KRZYMIŃSKA	60-581 POZNAŃ ul. NOWY ŚWIAT 5/41	GABINET FIZJOTERAPII 62-080 TARNOWO PODGÓRNE ul. NOWA 15	9,76	20	0	5	4	0	29	38,76	Nie

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało na podstawie przepisów art. 148 ustawy oraz rozporządzenia o kryteriach wyboru ofert.

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z brzmieniem załącznika nr 5 Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza do rozporządzenia o kryteriach wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej do rozporządzenia o rehabilitacji.

Na pytania ankietowe z części VIII Formularza ofertowego „Ankiety” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Odwołująca: Alicja Krzymińska prowadząca działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ALIDAN" Usługi w Zakresie Rehabilitacji Ruchowej i Fizykoterapii Alicja Krzymińska z siedzibą w Tarnowie Podgórnym (62-080) przy ul. Nowej 15.

1. Kryterium: **Jakość:**

a) kategoria: „Personel”:

- zadeklarowała magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co **otrzymała 12 punktów**;
- nie zadeklarowała specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co **nie otrzymała punktów**;
- nie zadeklarowała zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co **nie otrzymała punktów**;

b) kategoria: „Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia”:

- nie zadeklarowała posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co **nie otrzymała punktów**;
- zadeklarowała posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co **otrzymała 3 punkty**;
- nie zadeklarowała posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co **nie otrzymała punktów**;
- zadeklarowała posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymała 3 punkty**;
- nie zadeklarowała posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co **nie otrzymała punktów**;
- nie zadeklarowała posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co **nie otrzymała punktów**;
- zadeklarowała posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymała 2 punkty**;

c) kategoria: „Pozostałe warunki”:

- nie zadeklarowała, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co **nie otrzymała punktów**;

d) kategoria: „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna”:

- nie zadeklarowała udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarowała braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;
- nie zadeklarowała braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

e) kategoria: "Pozostałe warunki – część wspólna":

- nie zadeklarowała posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymała punktów**;
- nie zadeklarowała posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymała punktów**;

jedna odpowiedź do wyboru:

- nie zadeklarowała 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,
 - nie zadeklarowała indywidualnej 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,
- udzieliła odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymała punktów**;

2. Kryterium: **Kompleksowość** udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii: „Sposób wykonania umowy”:

- nie zadeklarowała realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co **nie otrzymała punktów**;
- nie zadeklarowała realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co **nie otrzymała punktów**;
- nie zadeklarowała realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co **nie otrzymała punktów**.

3. Kryterium: **Dostępność**:

a) kategoria: „Dostępność – harmonogram czasu pracy”:

- zadeklarowała czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co **otrzymała 5,00 punktów**;

b) kategoria: „Dostępność – część wspólna”:

- nie zadeklarowała odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymała punktów**;

4. Kryterium: **Ciągłość** udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii: „Ciągłość - część wspólna”:

- w dniu złożenia oferty realizacji na podstawie umowy:

- nie zadeklarowała procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie;
- zadeklarowała proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat;
- nie zadeklarowała procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat;

zadeklarowała powyższe, za co **nie otrzymała 4 punkty**;

- 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;
- 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;

nie zadeklarowała żadnego z powyższych za co **nie otrzymała punktów**;

5. Kryterium: Inne warunki oceniane - część wspólna:

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

- 6. Kryterium: 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,**
- zadeklarowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł, za co **otrzymała 9,76 punktów**.

Odwołująca uzyskała łącznie 38,76 punktów.

Oferent: „MED-LUX” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Przeźmierowie (62-081) przy ul. Rynkowa 63

1. Kryterium: Jakość:

a) kategoria: „Personel”:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej ½ etatu, za co **otrzymał 12 punktów**;
- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co **nie otrzymał punktów**;

- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co **otrzymał 4 punkty**;

b) kategoria: „Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia”:

- zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymał 3 punkty**;

- zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co **otrzymał 3 punkty**;

- zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymał 2 punkty**;

- zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymał 3 punkty**;

- nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co **nie otrzymał punktów**;

- nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co **nie otrzymał punktów**;

- zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymał 2 punkty**;

c) kategoria: „Pozostałe warunki”:

- nie zadeklarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co **nie otrzymał punktów**;

d) kategoria: „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna”:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych,

lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało odjęciem **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieodejmowaniem punktów**;

e) kategoria: „Pozostałe warunki – część wspólna”:

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **otrzymał 1,00 punkt**;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;

jedna odpowiedź do wyboru:

- nie zadeklarowała 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,
 - nie zadeklarowała indywidualnej 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,
- udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

2. Kryterium: Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „Sposób wykonania umowy”:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co otrzymał **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co otrzymał **nie otrzymał punktów**;

3. Kryterium: Dostępność:

a) kategoria: „Dostępność – harmonogram czasu pracy”:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co **otrzymał 5,00 punktów**;

b) kategoria: Dostępność:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **otrzymał 1,00 punkt**;

4. Kryterium: Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii: „Ciągłość - część wspólna”:

- w dniu złożenia oferty realizacji na podstawie umowy:

- procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie;
- procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat;
- procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat;

nie zadeklarował żadnego z powyższych za co **nie otrzymał punktów**;

- rozliczenie:

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

nie zadeklarował żadnego z powyższych za co **nie otrzymał punktów**;

5. Kryterium: Inne warunki oceniane - część wspólna:

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

- 6. Kryterium: 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,
- zadeklarował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł, za co **otrzymał 10 punktów**.

Oferent uzyskał łącznie 46 punktów.

W zakresie warunków wymaganych w przedmiotowym postępowaniu oferenci zadeklarowali, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełniają i będą spełniać wymagania określone w rozporządzeniu o rehabilitacji oraz w zarządzeniu o zawieraniu i realizacji umów.

Odnosząc się do argumentacji powoływanej przez Odwołującą w odwołaniu dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania numer 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne wyjaśnić należy, co następuje.

W ogłoszeniu o postępowaniu 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wskazano maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jaką planuje zawrzeć Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w wyniku jego rozstrzygnięcia. Jednocześnie zastrzeżono, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 246.258,60 zł. Powyższe oznacza, że świadczenia mogą zostać zakupione za mniejszą kwotę. Oferent, który złożył korzystniejszą od Odwołującej ofertę wykorzystał całość kwoty z ogłoszenia. Ponieważ jednostki rozliczeniowe zostały jednak zakupione za kwotę niższą od oczekiwanej przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, stąd nie wyczerpano całej kwoty wskazanej w ogłoszeniu. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, stąd obowiązany jest stosować przepis art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r., poz. 1870 ze zmianami), zgodnie z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, stąd wybór oferty odbywa się na zasadzie konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującą mniejszej ilości punktów w rankingu końcowym uwzględniającym łącznie kryteria: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyczerpanie wartości zamówienia przez oferenta, który uzyskał większą ilość punktów w rankingu końcowym stanowiło jedyny powód niewybrania jej oferty.

Każda ze złożonych ofert w niniejszym postępowaniu podlegała ocenie uwzględniającej identyczne kryteria oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając wiedzę o możliwej do uzyskania punktacji za zadeklarowanie każdego z warunków jej podlegających, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Oferty były oceniane pod względem oferowanej ceny oraz kryterium: jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zatem argumenty przedstawione przez Odwołującą Alicję Krzymińską tj. ogromne zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne, poparcie lokalnej społeczności: pacjentów, wójta gminy Tarnowo Podgórne, Dyrektora Ośrodka Sportu i Rekreacji w Tarnowie Podgórny, Kierownika Pielęgniarsko Położniczego Ośrodka Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Systema” spółka cywilna w Tarnowie Podgórny, Prezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Tarnowie Podgórny, Sołtys Sołectwa Kobylniki nie wpływają, bo wpływać nie mogą na ocenę oferty. Natomiast argument o długoletnim udzielaniu świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia został uwzględniony w ramach kryterium ciągłości udzielania świadczeń, za co przyznano 4 punkty.

Odnosząc się do argumentu, że dotychczasowi pacjenci Odwołującej mogą mieć utrudniony dostęp do świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej należy wyjaśnić, że ustawa w przypadku zakończenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi, że:

- świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie (art. 20 ust. 10 a ustawy);

- świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 20 ust. 10 b ustawy);

- świadczeniodawca jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy (art. 20 ust. 10 c ustawy).

Pacjenci już objęci leczeniem będą mogli ubiegać się o udzielenie na ich rzecz świadczeń zdrowotnych u innych świadczeniodawców, albowiem oferent który wygrał konkurs będzie świadczyć usługi w Przeźmierowie na terenie gminy Tarnowo Podgórne w niedalekiej odległości od miejsca udzielania świadczeń Odwołującej i jest zobowiązany zapewnić pacjentom równy i niedyskryminujący dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. W tym miejscu należy zapewnić, że w przypadku uchylania się od tego obowiązku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia podejmie stanowcze, prawem przewidziane działania mające na celu usunięcie naruszeń.

Komisja konkursowa oceniając oferty może brać pod uwagę jedynie kryteria określone w powyżej powołanych aktach prawnych. Postępowanie takie eliminuje element subiektywny działania komisji, jakim byłoby stosowanie do niektórych oferentów dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Przestrzeganie zasady równego traktowania wszystkich oferentów nie pozwala na stosowanie w toku prowadzonego postępowania konkursowego innych kryteriów dodatkowo ocenianych aniżeli określone w tabelach nr 1 i 2 załącznika nr 5 do rozporządzenia o kryteriach wyboru ofert. Biorąc powyższe pod uwagę oraz wskazanie w ogłoszeniu o postępowaniu nr: 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia po przeprowadzeniu postępowania zawrze jedną umowę, brak było podstaw dla wybrania oferty Odwołującej, która uzyskała niższą punktację, niż oferta która wyczerpała wartość zamówienia.

W postępowaniu odwoławczym, którego podstawą jest art. 154 ustawy, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu naruszenia interesu prawnego Odwołującej 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. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

nie dopatrył się naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że komisja konkursowa Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia naruszyła zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie umowy w rodzaju udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gminy Tarnowo Podgórne.

Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000081/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała ocenie z uwzględnieniem identycznych kryteriów, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji możliwej do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone w całości i orzeczono jak orzeczono w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Kraszewska (1)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zmianami.) 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 jej z pominięciem prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 2 egz.:

1) Odwołująca Alicja Krzymińska;

2) MED-LUX spółka z o.o.

3) a/a 2 egzemplarze.

Opracowała: Barbara Opończewska – WOW NFZ