

WO-DP.422.47.2018

Poznań, dnia 09. 04. 2018

DECYZJA NR ...⁴³... /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 zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 23 marca 2018 roku postępowania nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego, wniesionego przez Elżbietę Brychcy prowadzącą zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Rehabilitacja Lecznicza Elżbieta Brychcy z siedzibą w Siedlcu (64-212) przy ul. Osiedlowej 2, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 16 lutego 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego.

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 99 776,25 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 1 (słownie: jedna).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 23 marca 2018 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

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

Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

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

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

Dnia 30 marca 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Elżbietę Brychcy prowadzącą zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Rehabilitacja Lecznicza Elżbieta Brychcy z siedzibą w (62-212) Siedlcu przy ul. Osiedlowej 2 zwana dalej Odwołującą dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 23 marca 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego, Odwołująca wskazuje, że po dokonaniu szczegółowej analizy oferty złożonej przez SP ZOZ Wolsztyn, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert § 3 pkt 5, art. 148 ustawy, liczba uzyskanych punktów przez kontroferenta jest równoznaczna z wartością punktową zawartą w ofercie złożonej przez Odwołującą. Odwołująca wniosła o udostępnienie jej rankingu końcowego postępowania nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01, ponieważ na podstawie analizy ankiet uważa swoją ofertę za bogatszą sprzętowo i korzystniejszą dla pacjenta.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującą oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów k.p.a., w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Ponadto zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego zostały do stron postępowania przesłane drogą mailową na adres wskazany w złożonej ofercie. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również

poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 9 kwietnia 2018 roku.

W dniu 5 kwietnia 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystała Odwołująca.

Na skutek złożonego przez Odwołującą odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 23 marca 2018 roku postępowania numer 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonym odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego, oferty złożyli:

- Odwołująca,

- SP ZOZ w Wolsztynie, ul. Wschowska 3, 64-200 Wolsztyn.

Postępowanie nr 15-18-000184/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 prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1522 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenie Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zmianami,
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami;

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 16 lutego 2018 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie części jawnej postępowania nie wzywała żadnego z oferentów do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty oraz przeprowadziła weryfikację u obu oferentów. Żadna

z ofert nie została odrzucona, wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawniej postępowania zakwalifikowano zatem 2 (słownie: dwóch) oferentów.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawniej postępowania nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

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

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- magister fizjoterapii 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”:

- urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- wanna 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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m 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 ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów);

- obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udaremnienie lub utrudnianie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);

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:
 - 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) [jedna odpowiedź do wyboru];
 - żadna z powyższych (brak punktów);

2. 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. 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);

c) 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 punktów) [jedna odpowiedź do wyboru];
 - 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) [jedna odpowiedź do wyboru];
 - żadne z powyższych (brak punktów);

d) Inne warunki oceniane – część wspólna:

- współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

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

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Wskazać należy również, iż w dniu 20 marca 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę dotyczącą trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym. Na jej podstawie 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 (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) 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, sprawozdanie 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 zgodnego 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. posiadania aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, nieprzedłożenia certyfikatu ISO) wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosowanych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś w przypadku nieprzedłożenia odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938.), zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

W tym miejscu podkreślić należy, iż uchwała ta została podjęta w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Zaznaczyć należy również, iż zasady te stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w niej okoliczności.

Nadto w dniu 21 marca 2018 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę o braku przeprowadzania negocjacji z oferentami, którzy złożyli oferty w postępowaniu nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W uchwale tej komisja konkursowa wskazała, iż zgodnie z treścią art. 142 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.; zwana dalej „Ustawą”), 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. Skoro bowiem przeprowadzenie negocjacji z oferentami stanowi uprawnienie komisji konkursowej, ta ostatnia podjęła decyzję o braku przeprowadzenia negocjacji z oferentami uczestniczącymi w postępowaniu numer 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Komisja konkursowa akceptuje zadeklarowane w przedmiotowej ofercie warunki cenowo - ilościowe kierując się wielkością zamówienia określoną dla przedmiotowego postępowania.

Dnia 23 marca 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania jako podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie

fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego, wskazano 1 (słownie: jednego) oferenta: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie, ul. Wschowska 3, 64-200 Wolsztyn.

Oferta złożona przez Odwołującą nie została wybrana z powodu uzyskania niewystarczającej liczby punktów oraz przekroczenia maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Pozycja oferty	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja						łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
1	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOLSZTYNIE	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 64-200 WOLSZTYN ul. WSCHOWSKA 3	0,9	10	47,5	6	5	6	0	64,5	74,5	Tak
2	ELŻBIETA BRYCHCY	GABINET REHABILITACJI I FIZYKOTERAPII SIEDLEC 64-212 SIEDLEC ul. OSIEDŁOWA 2	0,94	10	44,5	0	6	6	0	56,5	66,5	Nie

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty Odwołującej gdyż liczba punktów, którą uzyskała jej oferta w toku oceny była mniejsza w stosunku do oferty wybranej w trakcie postępowania. Ponadto wybrana w toku postępowania oferta wyczerpała maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Podkreślić należy, że porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba punktów, która kwalifikowała ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego to 74,5 punktów. I właśnie oferent, którego oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę punktów 74,5 został wskazany jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 Rehabilitacja lecznicza, cz. 2. „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18000184/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):

Odwolująca:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarowała magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymała **12,00 punktów**;
 - zadeklarowała specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymała **17,00 punktów**;
 - zadeklarowała zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymała **4,00 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - 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 **3,00 punkty**;
 - zadeklarowała posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymała **2,00 punkty**;
 - zadeklarowała posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co **otrzymała 3,00 punkty**;
 - nie zadeklarowała posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m 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 **2,00 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarowała, iż 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**;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- nie zadeklarowała udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie 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 **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - 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 **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarowała braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarowała posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **otrzymała 1,5 punktu**;
- nie zadeklarowała posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymała punktów**;
- nie zadeklarowała prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co **nie otrzymała punktów**;

II. W zakresie kryterium kompleksowość - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- 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**,

III. W zakresie kryterium dostępność:

1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

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

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

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

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

- zadeklarowała, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymała **6,00 punktów**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczyła odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymała punktów**;

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

- nie zadeklarowała współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymała punktów**.

W zakresie warunków wymaganych Odwołująca zadeklarowała, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny Odwołująca zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł za co otrzymała **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
 - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **17,00 punktów**;
 - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na TAK, co wiązało się z przyznaniem 3,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na TAK, co wiązało się z przyznaniem 3,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na TAK, co wiązało się z przyznaniem 2,00 punktów**;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m 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 **2,00 punkty**;

- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż 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**;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - 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 **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;

- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **otrzymał 1,5 punktu**;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co **nie otrzymał punktów**;
- II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co **otrzymał 2 punkty**;
 - zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co **otrzymał 2 punkty**;
 - zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co **otrzymał 2 punkty**;
- III. W zakresie kryterium dostępność:**
- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymał punktów**;
- IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
 - w punkcie rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

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

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

W zakresie warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł za co otrzymał **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującą odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego, wyjaśnić należy co następuje.

Odnosząc się do twierdzenia Odwołującej dotyczącego uzyskania równoważnej ilości punktów w ocenie oferty złożonej przez Odwołującą oraz oferty konkurencyjnego podmiotu przypomnieć należy, iż porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje zgodnie z art. 148 Ustawy według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Nadto przy porównaniu ofert uwzględnia się także czy świadczeniodawca przekazał Agencji w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy. Szczegółowe kryteria wyboru ofert w poszczególnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej określają odpowiednie załączniki 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 wydanego na podstawie delegacji ustawowej zawartej w ust. 3 art. 148 Ustawy. W odniesieniu do omawianego zakresu świadczeń jest to załącznik nr 5. Według właśnie tak zdefiniowanych kryteriów oceny ofert zostały porównane oferty złożone w postępowaniu nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odpowiedzi na pytania ankietowe udzielone przez Odwołującą oraz oferenta konkurującego o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na terenie powiatu wolsztyńskiego jak również ranking końcowy wskazujący ostateczną ilość punktów w poszczególnych kryteriach oceny ofert uzyskanych przez Oferentów biorących udział w omawianym postępowaniu konkursowym zostały przytoczone we wcześniejszych częściach niniejszej decyzji.

Analizując ocenę oferty oferenta - SP ZOZ w Wolsztynie w zakresie kryterium jakości w części odnoszącej się do sprzętu i aparatury medycznej (rozdział 2.3 ankiety stanowiącej VIII część formularza ofertowego) wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 dokonała zmiany udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytania ankietowe:

nr 2.3.2. Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji

nr. 2.3.3. Zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń z „NIE” na „TAK”.

Powyższe zostało poprzedzone przeprowadzeniem przez komisję konkursową postępowania wyjaśniającego wszczonego wskutek stwierdzonych rozbieżności pomiędzy udzieloną odpowiedzią na wskazane pytania ankietowe, a wykazaniem w wykazie zasobów w części V formularza ofertowego posiadanym przez oferenta sprzętem i aparaturą medyczną.

Oferent SP ZOZ w Wolsztynie na wezwanie komisji konkursowej w pisemnej odpowiedzi z dnia 8 marca 2018 r. wniósł o zmianę udzielonej odpowiedzi na w/w pytania ankietowe z „NIE” na „TAK” oraz jako przyczynę błędnej odpowiedzi wskazał niewłaściwą interpretację warunków podlegających ocenie.

Ponadto Oferent ten wniósł o zmianę odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 2.3.1. formularza ofertowego: Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń z odpowiedzi „NIE” na odpowiedź „TAK” wskazując na wykazany sprzęt w części VI formularza ofertowego – Szczegóły oferty – Zasoby pozycja 101 – Terapuls GS – 200.

Pismem z dnia 9 marca 2018 r. komisja konkursowa wezwała SP ZOZ w Wolsztynie do wyjaśnienia rozbieżności nazewnictwa wykazanego w zasobach w części VI formularza ofertowego w pozycji 101 sprzętu: „Zestaw do magnetoterapii, rodzaj dostępności: w miejscu, rok produkcji 1985, numer seryjny zasobu: 85122, a udzieloną odpowiedzią.

W piśmie z dnia 9 marca 2018 r. Oferent potwierdził, że w ankiecie do formularza ofertowego na pytanie w punkcie 2.3.1 REH_2 Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń udziela odpowiedzi „TAK”. W części VI formularza ofertowego – Szczegóły oferty – Zasoby pozycja 101 – z powodu pomyłki pisarskiej nazwa zasobu brzmi zestaw do magnetoterapii. Prawidłowa nazwa zasobu zgodnie z obowiązującym słownikiem to urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości.

Co istotne przeprowadzona przez komisję konkursową w dniu 7 marca 2018 r. weryfikacja oferenta, o której mowa w § 17 ust. 2 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 potwierdziła zasadność udzielenia odpowiedzi „TAK” na w/w pytania ankietowe.

W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego komisja konkursowa przyjęła również wyjaśnienia złożone przez oferenta SP ZOZ w Wolsztynie odnośnie udzielonej odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.3.1. Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, co skutkowało dokonaniem zmiany odpowiedzi z „NIE” na „TAK”.

Efektom zmiany udzielonych odpowiedzi na wyżej wskazane pytania ankietowe udzielone przez SP ZOZ w Wolsztynie było przyznanie punktów w ocenie oferty (odpowiednio w zakresie pytania nr 2.3.1 przyznano 3 punkty, pytania nr 2.3.2. przyznano 3 punkty oraz pytania 2.3.3. przyznano 2 punkty zgodnie z liczbą punktów wskazaną w rozporządzeniu w sprawie kryteriów oceny ofert).

W tym miejscu wskazać należy, iż zgodnie z § 17 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, komisja konkursowa uprawniona jest do żądania od oferenta złożenia wyjaśnień odnośnie oferty, a opisane działanie komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-18-

000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w przypadku stwierdzonych rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w różnych częściach złożonej oferty znajduje oparcie w przytoczonej już w niniejszej decyzji uchwale z dnia 20 marca 2018 r. w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego, zgodnie z którą 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 komisja konkursowa będzie wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) 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).

Co istotne, podjęcie powyższej uchwały realizuje wyrażone w orzecznictwie administracyjnym poglądy, zgodnie z którymi w razie pojawienia się jakichkolwiek wewnętrznych rozbieżności pomiędzy treścią oferty, a udzielonymi odpowiedziami ankietowymi, za konieczne uznać należy prowadzenie postępowania wyjaśniającego, które pozwalało na ustalenie bezspornego stanu faktycznego i dostosowanie do niego treści udzielonych odpowiedzi ankietowych.

Podkreślenia wymaga, iż powyższe zasady stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższych uchwałach okoliczności celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców.

W tym miejscu zaznaczyć trzeba, iż komisja konkursowa analizując ofertę złożoną przez Odwołującą nie stwierdziła rozbieżności pomiędzy udzielonymi odpowiedziami na pytania ankietowe, czy też innymi informacjami zawartymi w różnych częściach oferty, a zatem Odwołująca nie była wzywana do złożenia wyjaśnień dotyczących oferty.

Analizując zatem udzielone przez oferentów biorących udział w rozpatrywanym postępowaniu konkursowym odpowiedzi na pytania ankietowe oraz przyznane punkty w poszczególnych kryteriach oceny ofert wskazać należy, iż oferta Odwołującej w zakresie kryterium jakości uzyskała o 3 punkty mniej niż oferta konkurencyjna, w zakresie kryterium kompleksowości oferta Odwołującej nie uzyskała żadnego punktu (oferta konkurencyjna uzyskała 6 punktów), a w zakresie kryterium dostępności oferta Odwołującej uzyskała o 1 punkt więcej niż oferta konkurencyjna. W zakresie kryterium ciągłości obie oferty (Odwołującej oraz konkurencyjna) uzyskały taką samą ilość punktów tj. 6 punktów. Natomiast w zakresie kryterium ceny oferta Odwołującej jak i oferta SP ZOZ w Wolsztynie uzyskała maksymalną ilość punktów, tj. 10.

Biorąc powyższe pod uwagę nie można zgodzić się z twierdzeniem Odwołującej o złożeniu przez nią oferty bogatszej sprzętowo, bowiem analiza i porównanie złożonych w postępowaniu nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ofert wskazuje na korzystniejszą w tym zakresie ofertę konkurencyjnego podmiotu (SP ZOZ w Wolsztynie), który w zakresie udzielonych odpowiedzi po uwzględnieniu złożonych wyjaśnień uzyskał wyższą ocenę punktową w zakresie kryterium jakości, którego częścią składową jest m. in. sprzęt, aparatura medyczna i pomieszczenia.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującą punktów oceny oferty wynosiła 66,5 punktów, podczas gdy oferta złożona przez oferenta wybranego, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju

rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, otrzymała 74,5 punktów. W tym miejscu wskazania wymaga, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 16 lutego 2018 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu ww. postępowania zawrze jedną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż jedną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, i to z oferentem, którego oferta uzyskała najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanych w rankingu końcowym oferentów wyczerpał liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01, zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, w wyniku przeprowadzonego postępowania.

O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja, jaką Odwołująca otrzymała za wszystkie wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskał oferent wybrany w rankingu ofert. Wybranie oferty Odwołującej spowodowałoby przekroczenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Odnosząc się do żądania Odwołującej o udostępnienie jej rankingu końcowego postępowania o numerze 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wskazać należy, iż został on Odwołującej udostępniony w dniu 5 kwietnia 2018 r. w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przy ul. Piekary 14/15 jak również został zamieszczony w treści niniejszej decyzji.

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

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umów w rodzaju

w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu wolsztyńskiego. 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 15-18-000184/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia złożonego odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Krzyżewska

.....

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. 2017, poz. 1938 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 egz.:

1. Odwołująca Elżbieta Brychcy prowadzącą zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Rehabilitacja Lecznicza Elżbieta Brychcy, 64-212 Siedlec, ul. Osiedlowa 2 – 1 egz.,
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie ul. Wschowska 3, 64-200 Wolsztyn – 1 egz.
3. a/a – 2 egz.

Opracowała: Agnieszka Burwiel, WOW NFZ