

WO-DP.422.51.2018

Poznań, dnia 11. 06. 2018

DECYZJA NR 51/2018/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 15 maja 2018 roku postępowania nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin 3021062 Kleszczewo, 3021093 Kórnik, 3021094 Kórnik, 3021095 Kórnik, wniesionego przez Magdalenę Szydłowską, Annę Michalek prowadzące w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą REHKAM Centrum Rehabilitacji i Integracji Sensorycznej s.c. z siedzibą w Kamionkach (62-023) przy ul. Platanowej 18, postanawiam

oddalić w całości odwołanie
złożone przez Magdalenę Szydłowską i Annę Michalek.

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 9 kwietnia 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w

zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin 3021062 Kleszczewo, 3021093 Kórnik, 3021094 Kórnik, 3021095 Kórnik.

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 157 067,40 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 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 15 maja 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 16 maja 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Magdalenę Szydłowską, Annę Michałek prowadzące w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą REHKAM Centrum Rehabilitacji i Integracji Sensorycznej s.c. z siedzibą w Kamionkach (62-023) przy ul. Platanowej 18 (zwane dalej: „Odwołującym”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 15 maja 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin 3021062 Kleszczewo, 3021093 Kórnik, 3021094 Kórnik, 3021095 Kórnik, Odwołujący zarzuca naruszenie art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz zasad uczciwej konkurencji. Zdaniem Odwołującego, mając na uwadze przebieg postępowania konkursowego, doszło w sposób niebudzący wątpliwości do naruszenia fundamentalnych zasad postępowania zdefiniowanych w treści Ustawy. Dodatkowo Odwołujący podnosi błąd w ustaleniach faktycznych przejawiający się w braku wszechstronnego rozpatrzenia materiału dowodowego odnoszącego się do kryteriów wyboru ofert, zarówno wymaganych, jak i rankingujących; w tym m.in. jakości, kompleksowości, dostępności, ceny, kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. W opinii Odwołującego, powyższe naruszenie doprowadziło w konsekwencji do wyboru innej oferty, mimo braku wyczerpującego zebrania i rozpatrzenia całego materiału dowodowego oraz złożonych ofert, co skutkowało poczynieniem przez komisję konkursową błędnych ustaleń faktycznych. W konkluzji Odwołujący wskazuje, że w trakcie postępowania konkursowego doszło do naruszenia jego interesu prawnego przejawiającego się w bezzasadnym, jego zdaniem, pominięciu w przyznawaniu punktacji tej części jego oferty, która odnosi się do istotnych kryteriów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Nadto Odwołujący zastrzega sobie prawo do uzupełnienia swojego stanowiska w przedmiocie doprecyzowania podstaw odwołania, jak i jego uzasadnienia po zapoznaniu się z dokumentacją prowadzonego postępowania.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego pismami z dnia 17 maja 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000241/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. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 30 maja 2018 roku.

W dniu 22 maja 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystała Magdalena Szydłowska reprezentująca Odwołującego, a w dniu 23 maja 2018 roku Patryk Jankowiak prowadzący zakład leczniczy pod nazwą Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne „Jankowiak” z siedzibą w Kórniku (62-035), przy Pl. Niepodległości 2.

Wskutek skorzystania z prawa wglądu w akta postępowania, w dniu 29 maja 2018 roku Odwołujący złożył uzupełnienie odwołania, w którym podnosi, iż z uwagi na ogólność pojęć wskazanych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 465) opisujących wymagania, jakie winny spełnić obiekty, w których realizowane są świadczenia gwarantowane, celem ich sprecyzowania koniecznym staje się sięgnięcie do przepisów rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2013 r., poz. 1409 ze zm.). Z przywołanych powyżej przepisów Odwołujący wywodzi konieczność zagwarantowania miejsc postojowych dla osób niepełnosprawnych, czego zdaniem Odwołującego oferent Patryk Jankowiak nie gwarantuje. Nadto Odwołujący wskazuje na określone ww. rozporządzeniem maksymalne nachylenie pochylni znajdującej się na zewnątrz budynku wynoszące 6%, podczas gdy pochylnia w miejscu udzielania świadczeń przez kontroferenta według obliczeń Odwołującego ma stopień nachylenia wynoszący 12,85%, czyli, jak podkreśla Odwołujący, ponad dwukrotnie przekracza dopuszczalną wartość. W dalszej części uzupełnienia odwołania Odwołujący stwierdza, że zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie, maksymalna wysokość stopni przy określeniu wymiarów schodów stałych winna wynosić 0,15 m, tj. 15 cm, a wysokość pierwszego stopnia schodów w budynku, w którym oferent Patryk Jankowiak realizuje świadczenia przekracza zdaniem Odwołującego tę wartość o 43%, ma bowiem 21,5 cm. Powyższe stanowi, w opinii Odwołującego dla osób z ograniczoną sprawnością ruchową, istotne ograniczenie dostępu do lokalu, a już co najmniej znacznie dostęp ten utrudnia. Jednocześnie Odwołujący wskazuje na niespełnienie kryteriów wymaganych wskazanymi wcześniej przepisami w odniesieniu do kabiny natryskowej, której szerokość powinna wynosić co najmniej 0,9 m, a jak twierdzi Odwołujący odległość od ściany do umywalki w przedmiotowym pomieszczeniu w lokalu oferenta Patryka Jankowiaka wynosi tylko 85 cm. Odnosząc się do posiadania przez kontroferenta pomiarów skuteczności wentylacji, Odwołujący wskazuje, że dopisany odręcznie zakres dokonanego przeglądu przez dyplomowanego mistrza kominiarskiego Romana Wierzowieckiego na protokole nr 48/2018 z dnia 9 lutego 2018 r. budzi jego uzasadnione wątpliwości. Na potwierdzenie tych wątpliwości Odwołujący wskazuje na wykładnię art. 62 ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1332 ze zm.), która jego zdaniem nie przyznaje osobie posiadającej kwalifikacje mistrza kominiarskiego uprawnień

do sprawdzenia wydajności i poprawności działania wentylacji mechanicznej, co jak wywodzi Odwołujący w konsekwencji prowadzi do stwierdzenia, iż oferent Patryk Jankowiak nie posiada koniecznych pomiarów skuteczności wentylacji. Ponadto Odwołujący podkreśla, że już w dniu otwarcia ofert w niniejszym postępowaniu złożył oświadczenie w przedmiocie niespełniania warunków wymaganych przez konkurencyjną ofertę, na dowód czego załączył stosowną dokumentację fotograficzną i co jego zdaniem winno zostać dołączone zgodnie z art. 142 ust. 2 pkt 3 Ustawy przez komisję konkursową do protokołu otwarcia ofert, a nie do jego oferty, jak uczyniła komisja konkursowa. W tym miejscu uzupełnienia odwołania Odwołujący wskazuje na brzmienie § 12 ust. 1 i 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 (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), które stanowią „1. Oświadczenia lub wyjaśnienia, o których mowa w art. 142 ust. 2 pkt 3 ustawy, są składane w formie pisemnej lub ustnie do protokołu z przebiegu postępowania.

2. Oświadczenia i wyjaśnienia złożone w formie pisemnej są odczytywane przez członka komisji konkursowej w obecności świadczeniodawców, a następnie włączane jako załącznik do protokołu z przebiegu postępowania”.

Ponadto w piśmie złożonym w dniu 29 maja 2018 roku Odwołujący kwestionuje proces dokonania weryfikacji przez komisję konkursową zarówno w miejscu udzielania świadczeń samego Odwołującego, jak i w miejscu udzielania świadczeń przez kontroferenta. W odniesieniu do weryfikacji dokonanej u Odwołującego, podnosi on, że w wyniku zmian terminu przeprowadzenia weryfikacji, zmuszony był odwołać część zabiegów, co wywołało uszczerbek w jego majątku. Ustosunkowując się zaś do weryfikacji przeprowadzonej w dniu 9 maja 2018 roku u oferenta Patryka Jankowiaka, wskazuje, że w dniu 8 maja 2018 roku Patryk Jankowiak około godziny 18. rozpoczął prace remontowe przed budynkiem, w którym udziela świadczeń opieki zdrowotnej, co wprost koresponduje zdaniem Odwołującego z treścią zarzutów podniesionych przez Odwołującego w dniu otwarcia ofert przez komisję konkursową i dało Patrykowi Jankowiakowi możliwość przygotowania się do kontroli. Odwołujący podnosi również pozornie weryfikacji dokonanej u Patryka Jankowiaka, a mianowicie wskazuje, że członkowie komisji bezrefleksyjnie przyjęli od kontroferenta dokumenty, które miały potwierdzić, iż na dzień złożenia oferty dysponował on niezbędnymi pozwoleniami i protokołami pomiarów oraz że załączona do protokołu z przedmiotowej weryfikacji dokumentacja fotograficzna nie została w prawidłowy sposób opisana, ani nie zawiera dokonanych pomiarów, co w opinii Odwołującego przesądza o nieprawidłowości w działaniu komisji konkursowej. Z powyższych twierdzeń Odwołujący wywodzi tezę o potwierdzeniu niespełnienia przez ofertę Patryka Jankowiaka podstawowych wymogów zdefiniowanych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i tym samym o konieczności odrzucenia przedmiotowej oferty przez komisję konkursową z uwagi na podanie nieprawdziwych informacji. W konkluzji swojego pisma Odwołujący stwierdza, że wziął na

siebie ciężar pokazania komisji jaki charakter mają uchybienia oferty Patryka Jankowiaka, a komisji pozostało jedynie przeprowadzenie rzetelnej weryfikacji i potwierdzenie lub nie wskazanych uchybień. Skoro zaś działania komisji były w tym zakresie ułomne, to zdaniem Odwołującego doszło do naruszenia zasad postępowania i jego interes doznał w związku z tym uszczerbku, a zatem wnosi o ponowne rozstrzygnięcie postępowania konkursowego i wybranie jego oferty.

W dniu 29 maja 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy ponownie skorzystał Patryk Jankowiak.

W dniu 30 maja 2018 roku oferent Patryk Jankowiak złożył drogą elektroniczną pismo, w którym poinformował, że z uwagi na obszerność zarzutów Odwołującego podniesionych w uzupełnieniu odwołania, zamierza się do nich odnieść w terminie 7 dni, tj. do dnia 6 czerwca 2018 roku. W dniu 4 czerwca 2018 roku przedmiotowe pismo wpłynęło do Oddziału Funduszu za pośrednictwem Poczty Polskiej.

W związku ze złożeniem przez Odwołującego w dniu 29 maja 2018 roku uzupełnienia odwołania oraz pismem Patryka Jankowiaka z dnia 30 maja 2018 roku, niemożliwym stało się wydanie decyzji przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w pierwotnie określonym terminie.

Uwzględniając powyższą okoliczność, pismami z dnia 30 maja 2018 roku strony postępowania zostały poinformowane o określeniu nowego terminu wydania decyzji przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia **na dzień 11 czerwca 2018 r.**

W dniu 8 czerwca 2018 roku oferent Patryk Jankowiak przesłał na adres poczty elektronicznej Oddziału Funduszu skan sporządzonego w dniu 6 czerwca 2018 roku duplikatu decyzji z dnia 30 sierpnia 2011 roku Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu stwierdzającej, że podmiot leczniczy Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne „Jankowiak” przy Pl. Niepodległości 2 w Kórniku spełnia wymagania fachowe i sanitarne pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego oraz skan pierwszej strony protokołu badań i sprawdzeń wentylacji mechanicznej przeprowadzonych w dniu 15 maja 2018 roku przez Artura Nowackiego. W dniu 11 czerwca 2018 roku Patryk Jankowiak odniósł się pisemnie do zarzutów Odwołującego podniesionych zarówno w odwołaniu, jak i w jego uzupełnieniu oraz załączył kopie dokumentów przesłanych elektronicznie w dniu 8 czerwca 2018 roku. W złożonym piśmie informuje, że spełnia wszelkie warunki konieczne do udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz warunki dodatkowo oceniane, których spełnienie zadeklarował w złożonej przez siebie ofercie. Jako potwierdzenie powyższych twierdzeń wskazuje załączone dokumenty. Wskazuje ponadto na brak uprawnień po stronie komisji konkursowej do kwestionowania treści aktów administracyjnych wydanych przez odpowiednie organy. W konkluzji wnosi o oddalenie w całości odwołania wniesionego przez Magdalenę Szydłowską i Annę Michałek.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 15

maja 2018 roku postępowania nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin 3021062 Kleszczewo, 3021093 Kórnik, 3021094 Kórnik, 3021095 Kórnik, 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 15-18-000241/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 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin 3021062 Kleszczewo, 3021093 Kórnik, 3021094 Kórnik, 3021095 Kórnik, oferty złożyli: Patryk Jankowiak prowadzący zakład leczniczy pod nazwą Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne „Jankowiak” z siedzibą w Kórniku (62-035), przy Pl. Niepodległości 2 oraz Magdalena Szydłowska, Anna Michałek prowadzące w formie spółki cywilnej zakład leczniczy pod nazwą REHKAM Centrum Rehabilitacji i Integracji Sensorycznej s.c. z siedzibą w Kamionkach (62-023) przy ul. Platanowej 18.

Postępowanie nr 15-18-000241/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 2018 r., poz. 465);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.);
- 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 r., poz. 1980 ze zm.);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2016 r., 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 9 kwietnia 2018 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie części jawnej postępowania przeprowadziła weryfikację u obu oferentów. Żadna z ofert nie została wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 2 (słownie: dwóch) oferentów, jako spełniających wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej 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 ¼ etatu:
 - tak (8,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- technik masażysta – równoważnik co najmniej 1 etatu:

- tak (2,00 punkty);
- 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”:
 - 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 miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - kriokomora – w lokalizacji:
 - tak (7,00 punktów);
 - 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 (5,00 punktów);
 - 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 (1,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o

prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku:

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

2) Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „sposób wykonania umowy”:

- oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych:
 - tak (4,00 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);
- 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);
- d) Inne warunki oceniane – część wspólna:
 - współpraca z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:
 - 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Dnia 15 maja 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert 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 fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze gmin 3021062 Kleszczewo, 3021093 Kórnik, 3021094 Kórnik, 3021095 Kórnik, wskazano 1 (słownie: jednego) oferenta:

1. Patryk Jankowiak, ul. Plac Niepodległości 2, 62-035 Kórnik.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania o wyborze ofert, które uzyskały większą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (dane z oferty końcowej po negocjacjach, status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)									
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
		ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. PATRYK JANKOWIAK	62-035 KÓRNIK ul. PLAC NIEPODLEGŁOŚCI 2	10	46	4	6	4	0	70	TAK
2. REHKAM CENTRUM REHABILITACJI I INTEGRACJI SENSORYCZNE J.S.C.	62-023 KAMIONKI ul. PLATANOWA 18	10	40	0	5	0	0	55	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. 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 15-18-000241/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):

Oferent: Patryk Jankowiak ul. Pl. Niepodległości 2, 62-035 Kórnik

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 ¼ etatu, za co otrzymał **8,00 punktów**;
 - zadeklarował technika masażystę – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;
 - 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”:
 - zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - 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, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,50 punktu**;
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał **1,50 punktu**;
 - zadeklarował prowadzenie historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku za co otrzymał **3,00 punkty**;

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

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co **otrzymał 4,00 punkty**;
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co **nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co **nie otrzymał 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”:
- 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”:
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał **1,00 punkt**;

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

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie 5 lat, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

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

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc 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 **Patryk Jankowiak** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł za co otrzymał **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Magdalena Szydłowska, Anna Michalek, ul. Platanowa 18, 62-023 Kamionki

VI. 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 ¼ etatu, za co otrzymał **8,00 punktów**;
 - zadeklarował technika masażystę – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;
 - 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”:
- zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - 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, co skutkowało **nieprzyznaniem punktów ujemnych**;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **nie otrzymał punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co **nie otrzymał punktów**;
 - 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 wystawiania recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku za co **nie otrzymał punktów**;

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

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

VIII. 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 obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **nie otrzymał punktów**;

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

- w punkcie w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie 5 lat, zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co **nie otrzymał punktów**;

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

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**.

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

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

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin 3021062 Kleszczewo, 3021093 Kórnik, 3021094 Kórnik, 3021095 Kórnik, wyjaśnić należy, co następuje.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi podstawę powierzenia organom Narodowego Funduszu Zdrowia określenia warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją tychże świadczeń i jest podstawą określenia zadań władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń. Realizacja ustawowych obowiązków

organów Funduszu we wskazanych obszarach skonkretyzowana została przede wszystkim w dziale VI ustawy zatytułowanym "Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami". Celem procedury uruchamianej złożonym odwołaniem (art. 154 ust. 1 Ustawy), jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym, czy we wcześniejszej, nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Zakres kontroli dokonywanej przez organ administracyjny jest zatem ściśle związany z pojęciem uszczerbku interesu prawnego, powstałego w wyniku naruszenia przepisów prawa (zasad postępowania). Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania organu administracyjnego, do obowiązków którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych we wniosku - odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie takiego uszczerbku. W postępowaniu administracyjnym dojść zatem musi do ujawnienia i zbadania wszelkich okoliczności związanych z punktacją (lub jej brakiem) będącą skutkiem ocen dokonywanych w odniesieniu do poszczególnych wymagań stawianych w ogłoszeniu. Taki zakres postępowania odpowiada również celom Ustawy. Zadaniem organu rozpatrującego wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, w zależności od tego jakie zarzuty zostały podniesione we wniosku, a także czy i jak zostały uzasadnione, jest ustalenie, czy postępowanie konkursowe przeprowadzone zostało zgodnie z przepisami prawa z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji oraz zasad równego traktowania świadczeniodawców. Nie chodzi zatem w postępowaniu administracyjnym o ponawianie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz dokonanie przez organ kontroli tego postępowania pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, poprzez ustosunkowanie się do zgłoszonych zarzutów, ale także zbadanie stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, który mógł mieć wpływ na uszczerbek interesu prawnego.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego w przedmiocie niespełnienia przez lokal Patryka Jankowiaka warunków wymaganych zdefiniowanych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wskazać należy, że przedmiotowe przepisy nakazują, by: przy wejściu do obiektu znajdowały się dojazdy oraz dojścia dla świadczeniobiorców z niepełnosprawnością ruchową; w węzłach sanitarnych dla świadczeniobiorców znajdowały się poręcze i uchwyty; w obiekcie znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową; w budynkach wielokondygnacyjnych znajdował się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym

poruszającym się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter. W celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym w dniu 9 maja 2018 roku komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację w miejscu udzielania świadczeń. W jej trakcie komisja wykonała dokumentację zdjęciową oraz otrzymała od oferenta: kopię książki kontroli z wpisem potwierdzającym dokonanie w dniu 22 kwietnia 2014 roku kontroli przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Poznaniu, kopię faktury zakupu z dnia 5 kwietnia 2018 roku licencji dotyczącej modułu KS-PPS – Archiwizacja EDM ADMED, modułu Rehabilitacja wraz z asystą techniczną i subskrypcją na jej aktualizację oraz KS-PPS – Gabinet lekarza z tworzeniem i podpisywaniem podpisem elektronicznym (EDM) od firmy KAMSOFIT S.A., kopię protokołu nr 48/2018 z dnia 9 lutego 2018 roku z przeglądu i sprawdzenia przewodów dymowych i spalinowych oraz wentylacji mechanicznej, kopię decyzji pozwolenia na użytkowanie wydanej przez Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego z dnia 12 lutego 2010 roku. Nadto, jak wynika z nadesłanego w dniu 8 czerwca 2018 roku skanu oraz złożonej osobiście w dniu 11 czerwca 2018 roku przez Patryka Jankowiaka kopii sporządzonego w dniu 6 czerwca 2018 roku duplikatu decyzji z dnia 30 sierpnia 2011 roku Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu stwierdzającej, że podmiot leczniczy Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjne „Jankowiak” przy Pl. Niepodległości 2 w Kórniku spełnia wymagania fachowe i sanitarne pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego, potwierdzone zostało w sposób niebudzący wątpliwości spełnienie wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Przymiotu dodatkowego potwierdzenia spełnienia powyższych wymogów nie można natomiast przypisać przedłożonej kopii protokołu badań i sprawdzeń wentylacji mechanicznej w obiekcie znajdującym się w Kórniku przy Pl. Niepodległości 2, gdyż dokument ten jest niepełny (nie zawiera strony z podpisem osoby sporządzającej), a ponadto badanie to zostało przeprowadzone w dniu 15 maja 2018 roku, tj. w dniu rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Spełnianie zaś zadeklarowanych w ofercie warunków oferent winien spełniać najpóźniej na dzień otwarcia ofert, co w niniejszym postępowaniu miało miejsce w dniu 25 kwietnia 2018 roku. Jednakże analiza wszystkich przedłożonych w niniejszym postępowaniu dokumentów wiedzie do wniosku, że oferent Patryk Jankowiak spełnia zadeklarowane przez siebie i wymagane przepisami prawa warunki udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Ustosunkowując się do zarzutu pozorności działań komisji konkursowej przeprowadzającej weryfikację wskazania wymaga, że zgodnie z § 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, komisja konkursowa może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa, a także zażądać przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez

oferenta. Zatem stwierdzić należy, wbrew twierdzeniom Odwołującego, że komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację prawidłowo i oparła swoje ustalenia o przekazane dokumenty. Podkreślenia wymaga, że rolą komisji konkursowej nie jest kwestionowanie prawdziwości i prawidłowości ustaleń dokonanych przez inne uprawnione do tego organy. Działanie przeciwne, ponad wszelką wątpliwość wykraczałoby poza kompetencje komisji konkursowej. Pogląd ten znajduje potwierdzenie w orzecznictwie sądów administracyjnych. W tym miejscu należy przywołać uzasadnienie wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 28 listopada 2006 r., sygn. VII SA/Wa 865/06, w którym Sąd podkreślił, że „(...) komisja konkursowa nie może kwestionować decyzji wydanych przez uprawnione do tego organy administracji po przeprowadzeniu przez nie postępowania administracyjnego, w którym badane jest spełnianie przez zakład norm sanitarnych w trybie określonym odrębnymi przepisami”. Ponadto można przywołać per analogiam uzasadnienie wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 15 lutego 2017 r., sygn. akt II GSK 1586/15, w którym Sąd stwierdził „(...) Komisja konkursowa nie ma uprawnień do samodzielnego oceniania ważności, nie może też przyjąć, że dany podmiot np. spełnia warunki do otrzymania certyfikatu i traktować ów podmiot jako posiadający certyfikat. Nie jest również rolą Komisji konkursowej ocena rzetelności przeprowadzenia auditu, w co powątpiewa autor skargi. Dopóki stosowny podmiot nie wdroży procedury cofnięcia certyfikatu, musi być on uznawany za obowiązujący. Brak narzędzia do samodzielnej oceny ważności certyfikatu, krótkie terminy przewidziane w art. 154 u.s.o.z.f.s.p. (7 dni na załatwienie odwołania, 14 dni na załatwienie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy), oraz określenie, że decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu jednoznacznie wskazują na wolę ustawodawcy uwzględnienia kontroli rozstrzygnięcia postępowania konkursowego z zapewnieniem dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. W aktach sprawy brak informacji, że procedura dotycząca ważności certyfikatu została wdrożona, lub trwały działania, mogące doprowadzić do jej wdrożenia. A skoro Szpital legitymuje się ważnym certyfikatem, to brak jest podstaw do uznania, iż podał on nieprawdziwą informację”. Komisja konkursowa w trakcie weryfikacji nie dopatrywała się okoliczności świadczących o wszczęciu jakichkolwiek postępowań mających na celu cofnięcie wydanych pozwoleń, bądź wydanie odmiennych opinii, aniżeli wynika to z przedłożonych dokumentów. Z całą stanowczością podkreślić należy, że komisja konkursowa działała w ramach kompetencji przyznanych jej przez ustawodawcę. Tym samym zarzut Odwołującego w przedmiocie pozorności weryfikacji dokonanej przez komisję uznać należy ponad wszelką wątpliwość za chybiony.

W odniesieniu do twierdzeń Odwołującego że komisja konkursowa miała ustawowy obowiązek odrzucenia ofert zawierających dane nieprawdziwe podnieść należy, że pojęcie "nieprawdziwe informacje", o których mowa w art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy nie ma definicji normatywnej. Z podaniem nieprawdziwych informacji będziemy mieli do czynienia w sytuacji celowego działania oferenta, który mimo świadomości niemożności spełniania określonych warunków, deklaruje taką możliwość. W orzecznictwie ugruntowany jest pogląd, że nie każda nieprawdziwa informacja stanowi podstawę do odrzucenia oferty. Zatem

"nieprawdziwość" ta musi dotyczyć okoliczności, które wpływają w jakikolwiek sposób na wynik postępowania, w tym takich, które mogą świadczyć o nieprawidłowym w przyszłości wykonaniu umowy (tak np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 kwietnia 2014r., sygn. akt II GSK 476/13 oraz wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 kwietnia 2016r., sygn. akt II GSK 2623/14). Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy oraz uwzględniając brak uprawnień komisji konkursowej do kwestionowania prawdziwości i prawidłowości ustaleń dokonanych przez inne uprawnione organy, stwierdzić należy, iż subiektywne przeświadczenie Odwołującego na temat przyjmowanych przez komisję konkursową wyjaśnień od oferenta Patryka Jankowiaka nie oznacza, że z tego powodu jego oferta winna zostać odrzucona, a rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i że wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego. Nadto, co należy podkreślić, twierdzenia i wyliczenia odnośnie niespełniania warunków technicznych przez lokal oferenta Patryka Jankowiaka a jakim powinny odpowiadać budynki przystosowane dla osób niepełnosprawnych, zostały sporządzone przez samego Odwołującego, a nie przez uprawnionego rzeczoznawcę. Wobec czego wskazać należy, że nieuprawniona jest sugestia Odwołującego, iż Patryk Jankowiak celem uzyskania najwyższej możliwej punktacji podał informacje nieprawdziwe. Każdy, podmiot, który ma już zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub który ubiega się o jej zawarcie, musi zawsze się liczyć z możliwością kontroli w trybie art. 64 Ustawy. Z § 36 ust. 7 Ogólnych warunków umów wyraźnie wynika zaś, że Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających wpływ na zawarcie umowy w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Zatem, wbrew twierdzeniom Odwołującego, komisja konkursowa nie miała podstaw do uznania, że oferent Patryk Jankowiak podał nieprawdziwe informacje.

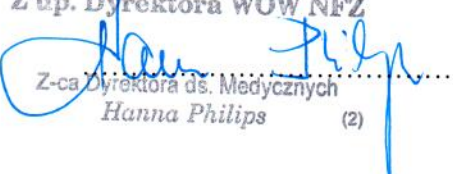
Ustosunkowując się do zarzutu, że oświadczenie złożone przez Odwołującego w dniu otwarcia ofert w przedmiocie niespełniania warunków wymaganych przez konkurencyjną ofertę wraz ze stosowną dokumentacją fotograficzną, winno zostać dołączone przez komisję konkursową do protokołu otwarcia ofert, a nie do oferty Odwołującego jak uczyniła to komisja konkursowa, stwierdzić należy, iż okoliczność ta pozostaje bez wpływu na wynik postępowania konkursowego, gdyż przedmiotowy dokument stanowi część dokumentacji złożonej w niniejszym postępowaniu, a komisja konkursowa dokonała w dniu 15 maja 2018 roku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 po zapoznaniu się z całością dokumentacji.

W konkluzji stwierdzić należy, iż zarzuty złożone przez Odwołującego w złożonym odwołaniu i późniejszym jego uzupełnieniu, w szczególności dotyczące zasady równego traktowania oferentów oraz

zachowania uczciwej konkurencji, nie znalazły potwierdzenia w zgromadzonym materiale dowodowym i tym samym uznać je należy za chybione.

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 dopatrzył się naruszenia interesu prawnego Odwołującego 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 15-18-000241/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie umów w rodzaju w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin 3021062 Kleszczewo, 3021093 Kórnik, 3021094 Kórnik, 3021095 Kórnik. 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 15-18-000241/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, 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 złożonego odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips (2)

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. Odwołujący Magdalena Szydłowska, Anna Michalek – 1 egz.,
2. Patryk Jankowiak – 1 egz.,
3. a/a – 2 egz.
4. Opracowała: Anna Marciniak-Pilarska – Wydział Organizacyjny