

Znak: WOKSI.422.21.2018.PG

Decyzja
z dnia 16 października 2018 roku
nr 70/REH/2018

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.) zwaną dalej „*Ustawą*” oraz art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.1257), dalej jako „*KPA*”, w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Szwedzka 27, 30-315 Kraków – zwanego dalej „*Odwołującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-18-000857/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,

oddala odwołanie.

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, zwany dalej „*Dyrektorem MOW NFZ*”, działając na podstawie art. 139 ust. 1 *Ustawy*, ogłosił postępowanie 06-18-000857/REH/05/1/05.1310.209.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert

w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 73 440,00 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 października 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 2.

W postępowaniu złożono 5 ofert. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 7 września 2018 roku. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który mówi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz 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*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy* świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta - Odwołującego się o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *KPA*. Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i 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. Od decyzji Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Od decyzji Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie zaś z art. 52 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. *Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi* (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1302), jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na

tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie.

W dziedzinie prawa i postępowania administracyjnego przyjmuje się, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone wyłącznie z przepisów prawa materialnego (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 19 stycznia 1995 r., I SA 1326/93), a wręcz, że interes prawny ma wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 27 września 2001 r., I SA 2326/00). W przypadku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguła ta znajduje zastosowanie jedynie odpowiednio, bądź na zasadzie analogii. Jakkolwiek bowiem postępowania wszczęte wskutek odwołania lub skargi niezadowolonego oferenta mają charakter administracyjny lub sądowno-administracyjny, samo postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leży już poza sferą prawa administracyjnego, albowiem dotyczy cywilnoprawnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczególnego sposobu zawarcia tego rodzaju umowy, normowanego przepisami art. 132 i n. *Ustawy* i uzupełniająco przepisami art. 66 i n. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. z 2018 r. poz. 1025), zwanej dalej „*KC*”.

Mamy, więc tutaj do czynienia z regulacją swoistą: na drodze administracyjnej i sądowno-administracyjnej ocenie podlegają takie stany faktyczne, które na gruncie prawa materialnego unormowane są przepisami prawa cywilnego – o umowie i sposobie jej zawarcia.

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, umożliwiając wybór oferty lub większej liczby ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 *Ustawy*, bądź nie dokonanie wyboru żadnej oferty, gdy nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 142 ust. 5 *Ustawy*). W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami (art. 134 ust. 1 *Ustawy*). Jak słusznie wskazano w piśmiennictwie, „*pojęciem fundamentalnym dla instytucji środka odwoławczego w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym przyznane przez normę prawa materialnego. Interes prawny – co istotne – musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili, indywidualny oraz obiektywnie weryfikowalny. Samo zaś ustalenie interesu prawnego to nic innego, jako zidentyfikowanie zależności*

pomiędzy przepisem prawnym a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną” (A. Paszkowski, Środki odwoławcze w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). Jak wskazał również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330), 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 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie, zatem do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Z kolei w wyroku z dnia 24 września 2008 r. (VII SA/Wa 1076/08, LEX nr 560207) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie podkreślił, iż świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może skutecznie wnieść środek odwoławczy w sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia naruszy określone przepisami powszechnie obowiązującymi lub przepisami wydanymi na ich podstawie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zasady postępowania w rozumieniu materialnoprawnym (np. wymagania od świadczeniodawców) oraz proceduralnym (np. warunki prowadzonego postępowania). Ostatnim warunkiem skutecznego wniesienia przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środka odwoławczego jest istnienie związku o charakterze przyczynowo-skutkowym pomiędzy uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy, a naruszeniem zasad postępowania (A. Paszkowski, op. cit.).

Zgodnie z treścią art. 154 ust. 6a *Ustawy*, określone zostały strony postępowania zainicjowanego złożonym odwołaniem. Stronami postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-6 *Ustawy*, jest świadczeniodawca, który złożył odwołanie tj. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Szwedzka 27, 30-315 Kraków oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

1. Marek Grodzki, EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22, 43-100 Tychy,
2. Andrzej Sałakowski, NOWA REHABILITACJA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Polarna 10, 30-389 Kraków.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie działając zgodnie z art. 61 § 4 w zw. z art. 61 § 1 KPA oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 *Ustawy*, pismem z dnia 17 września 2018 roku znak: WOKSI.422.21.2018

poinformował strony postępowania o jego wszczęciu, a także o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 § 1 k.p.a. Dyrektor MOW NFZ poinformował strony o zapewnieniu czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwieniu wypowiedzenia się strony, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołujący zapoznał się z dokumentacją postępowania w dniu 25 września 2018 roku. Z kolei oferenci wybrani do zawarcia umów nie skorzystali z prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-18-000857/REH/05/1/05.1310.209.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 5 lipca 2018 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *Ustawy* ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-18-000857/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, na obszarze 1261011 – Kraków, 1261049 – Kraków-Podgórze, na okres: od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku.

W ogłoszeniu postępowania o ww. numerze zostały wskazane niżej wymienione akty prawne, które zawierały m.in. wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem NFZ”, w odniesieniu do oferentów przystępujących do postępowania, a także stanowiły formalną i merytoryczną podstawę do wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego tj.:

1. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 160),*
3. *Rozporządzenie 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.),*
4. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz.1728),*
5. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r., nr 293, poz.1729),*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz.1146 ze zm.),*

7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.).*
9. *Zarządzenie nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zm.,*
10. *Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.*

Wszyscy oferenci już w chwili ogłoszenia postępowania zapoznają się z określonymi przepisami będącymi podstawą do dokonania wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 5 ofert. Oferentami byli:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Szwedzka 27 30-315 Kraków,
2. EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22 43-100 Tychy,
3. NOWA REHABILITACJA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Polarna 10 30-389 Kraków,
4. Piotr Rutkowski, Rozalia Szwarczyk, Rafał Trąbka, ul. Winnicka 40, 30-394 Kraków,
5. Mateusz Lorenc, Jaśliska 29, 38-485 Jaśliska.

W dniu 7 sierpnia 2018 roku komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o ww. numerze, stwierdzając tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu 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 z zm.).

Wszyscy członkowie komisji konkursowej podpisali oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji z punktu widzenia wymagań określonych w art. 139 ust 5 Ustawy.

Komisja konkursowa powołana zarządzeniem Dyrektora Oddziału, prowadząca przedmiotowe postępowanie podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych.

W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert.

W trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa wezwała dwóch oferentów do usunięcia braków formalnych tj. Piotr Rutkowski, Rozalia Szwarczyk, Rafał Trąbka, ul. Winnicka 40, 30-394 Kraków, Mateusz Lorenc, Jaśliska 29, 38-485 Jaśliska. Wszystkie braki zostały uzupełnione w terminie.

Komisja konkursowa nie była zobowiązana do przeprowadzenia wizytacji miejsca udzielania świadczeń u oferentów biorących udział w postępowaniu, ponieważ 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* (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.) komisja 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. Przepis ten formułuje zatem uprawnienie, a nie obowiązek, komisji konkursowej do przeprowadzenia kontroli. Jednocześnie - na etapie konkursu - w ocenie komisji nie zaistniały przesłanki, które uzasadniałyby skierowanie wizytacji do wszystkich oferentów biorących udział w tym postępowaniu.

Komisja konkursowa rozstrzygając postępowanie w trybie konkursu ofert, bierze pod uwagę potencjał wykonawczy świadczeniodawcy, czyli zasoby będące w jego dyspozycji służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz posiadany sprzęt.

Komisja konkursowa potwierdzała prawdziwość odpowiedzi ankietowych oferentów m.in. poprzez wezwanie oferentów do przekazania dokumentów potwierdzających dane, uprawnienia zawodowe, wskazane kompetencje, doświadczenie, harmonogramu udzielania świadczeń oraz harmonogramu pracy personelu lub jego dostępności godzinowej. Oferenci także udokumentowali gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w ofercie. Jednocześnie Organ informuje, że ocena kwalifikacji, jak i przedstawionych harmonogramów wykazanego w ofercie personelu jest jednym z zadań komisji konkursowej i w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości oferenci wzywani byli do szczegółowych wyjaśnień.

Ponadto na podstawie zastrzeżenia zawartego w § 17 ust. 5 *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.) komisja konkursowa zawnioskowała do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie o odstąpienie od procedury przeprowadzenia weryfikacji u oferentów w miejscu udzielania świadczeń, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta. Dyrektor Małopolskiego NFZ w Krakowie wyraził zgodę na odstąpienie od ww. obowiązku w odniesieniu do uczestników postępowania nr 06-18-000857/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w zakresie fizjoterapia domowa, ponieważ przedmiot postępowania (05.1310.209.02 – fizjoterapia domowa) stanowi nowy zakres

świadczeń dla oferentów i co do zasady podlegają weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń. Wskazać natomiast należy, że zakres fizjoterapia domowa, realizowany jest w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. Organ informuje, iż na wniosek komisji konkursowej Dyrektor MOW NFZ w dniu 27 lipca 2018 roku wyraził zgodę na odstępnie od procedury weryfikacji oferentów w przedmiotowym postępowaniu. Jednocześnie poinformował o tym fakcie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie.

Komisja konkursowa w celu bezsprzecznego potwierdzenia i udokumentowania prawidłowości udzielonych odpowiedzi w części VIII formularza ofertowego na dzień złożenia oferty wezwala wszystkich oferentów, poprzez: opis umiejscowienia pomieszczenia biurowego z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem, pomieszczenia magazynowego na leki i sprzęt medyczny w strukturach fizjoterapii domowej, ze wskazaniem nr pomieszczeń lub planów, oraz dodatkowo dokumentację fotograficzną wskazanych pomieszczeń. W odniesieniu do pozycji sprzętowych wymaganych do realizacji przedmiotowego świadczenia, komisja konkursowa wezwala do przesłania kserokopii, potwierdzonych za zgodność z oryginałem, paszportów technicznych z uwidoczniony numerem seryjnym sprzętu wraz z aktualnymi przeglądami oraz dokumentów potwierdzających posiadanie zasobów na dzień złożenia oferty (m.in. faktury zakupu).

Ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372)* oraz *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.)*.

Zgodnie z art. 148 Ustawy porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
 - 2) kompleksowości,
 - 3) dostępności,
 - 4) ciągłości,
 - 5) ceny
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z treścią art. 142 ust. 5 Ustawy, w części niejawniej konkursu ofert komisja może:

1. wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1,
2. nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach,

przeprowadzonych weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu 2 oferty, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.:

1. EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22 43-100 Tychy,
2. NOWA REHABILITACJA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Polarna 10 30-389 Kraków, które znalazły się w rankingu końcowym, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

Wszystkie czynności weryfikacyjne oferty zostały opisane szczegółowo poprzez sporządzenie przez komisję konkursową protokołów oceny oferty pod względem spełnienia warunków formalno – prawnych.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 7 września 2018 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

Organ podkreśla, że po przeprowadzonych negocjacjach komisja konkursowa sporządziła ranking końcowy przy wsparciu systemu informatycznego, w którym oferty zostały uszeregowane zgodnie z punktacją malejącą. Bazę danych systemu tworzyły przesłane w formie elektronicznej zapytania ofertowe przekazane przez oferentów, ankiety i wyniki przeprowadzonych negocjacji. Wybór oferentów następował według kolejności wynikającej z rankingu końcowego, zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu konkursowym.

W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Należy podkreślić, iż protokół końcowy z negocjacji określa ostateczne stanowiska stron, ale dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk ze wszystkimi oferentami, zakwalifikowanymi do części niejawnego postępowania, stanowi podstawę do sporządzenia rankingu końcowego, którego to wyniki wprost przekładają się na ilość wybranych oferentów i stanowią podstawę do zawarcia umów. Komisja konkursowa w każdym postępowaniu konkursowym dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z pozycją uzyskaną w rankingu końcowym, jednakże wybór liczby oferentów z którymi ma zostać zawarta umowa uzależniony jest od kwoty postępowania wskazanej w ogłoszeniu.

Ranking końcowy z podziałem na poszczególne części oceny oferty przedstawia się następująco:

Nazwa oferenta i adres miejsca udzielania świadczeń	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu
										TAK/NIE
EURO-MED sp. z o.o. ul. Tadeusza Szafrana 5D/25 Kraków	10,000	0,000	3,000	64,500	4,000	0,000	71,500	81,500	zbieżne ostateczne	TAK
NOWA REHABILITACJA sp. z o.o. ul. Komuny Paryskiej 24 Kraków	10,000	0,000	3,000	63,000	4,000	0,000	70,000	80,000	zbieżne ostateczne	TAK

Mateusz Lorenc, ul. Kolna 2 Kraków	10,000	0,000	0,000	63,000	3,000	0,000	66,000	76,000	brak kwalifikacji	NIE
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków- Południe sp. z o.o. ul. Na Kozłowiec 29 Kraków	5,000	0,000	0,000	64,500	4,000	0,000	68,500	73,500	brak kwalifikacji	NIE
Piotr Rutkowski, Rozalia Szwarczyk, Rafał Trąbka, ul. Winnicka 40, Kraków,	5,000	0,000	3,000	32,000	3,000	0,000	38,000	43,000	brak kwalifikacji	NIE

* Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.

Oferta Odwołującego nie znalazła się w rankingu końcowym, a do zawarcia umowy wybrano oferentów posiadających potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania.

Komisja konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu podlegały tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny. Ostatecznie ocena oferty była generowana przez system informatyczny wspomagający prace komisji konkursowej, co gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Poniżej przedstawiono w postaci tabeli porównawczej liczbę punktów przyznanych poszczególnym Stronom postępowania za każde pytanie ankietowe z osobna, uwzględniając stan faktyczny wynikający z oferty oraz treść wyjaśnień udzielonych przez Oferentów w toku postępowania w tym przedmiocie.

Nazwa Świadczeniodawcy EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Miasto Kraków-Podgórze

Ulica Tadeusza Szafrana 5D/ 25

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY	
1.1.1.1	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym.	3,0000
1.1.1.2	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej.	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	Magister fizjoterapii - co najmniej 50 % zatrudnionych fizjoterapeutów.	21,0000
1.2.1.2	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	26,0000

1.2.1.3	Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.	5,0000
1.2.1.4	Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	5,0000
1.2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI		
1.2.2.1	Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.2	Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.3	Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.4	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.	0,0000
1.2.2.5	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000
1.2.2.6	Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.2.7	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.2.8	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.9	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000
1.2.2.10	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.11	Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.13	Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.2.14	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA		
1.2.3.1	Przenośny stół do terapii	3,0000
1.2.4 POZOSTAŁE WARUNKI		
1.2.4.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	1,5000
1.2.4.2	Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem Informacji.	0,0000
1.2.4.3	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	3,0000
1.3 DOSTĘPNOŚĆ		
1.3.1 DOSTĘPNOŚĆ		
1.3.1.1	Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.	1,0000

1.3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY

1.3.2.1	Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 bez przerwy.	3,0000
---------	--	--------

1.4 CIĄGŁOŚĆ**1.4.1 CIĄGŁOŚĆ**

1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców	0,0000
1.4.1.2	Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty	0,0000

1.5 WARUNKI WYMAGANE**1.5.1 WARUNKI WYMAGANE**

1.5.1.1	W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.	0,0000
---------	---	--------

1.6 INNE**1.6.1 INNE**

1.6.1.1	Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000
---------	---	--------

Nazwa Świadczeniodawcy

NOWA REHABILITACJA sp. z o.o.

Miasto

Kraków

Ulica

Komuny Paryskiej 24

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
-----	---------	-------------------------------

1.1 KOMPLEKSOWOŚĆ**1.1.1 SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY**

1.1.1.1	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym.	3,0000
1.1.1.2	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej.	0,0000

1.2 JAKOŚĆ**1.2.1 PERSONEL**

1.2.1.1	Magister fizjoterapii - co najmniej 50 % zatrudnionych fizjoterapeutów.	21,0000
1.2.1.2	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	26,0000
1.2.1.3	Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.	5,0000
1.2.1.4	Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	5,0000

1.2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI

1.2.2.1	Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.2	Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.3	Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.2.4	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.	0,0000
1.2.2.5	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000
1.2.2.6	Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.2.7	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.2.8	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.9	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000
1.2.2.10	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.11	Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.13	Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.2.14	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA

1.2.3.1	Przenośny stół do terapii	3,0000
---------	---------------------------	--------

1.2.4 POZOSTAŁE WARUNKI

1.2.4.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	0,0000
1.2.4.2	Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.4.3	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	3,0000

1.3 DOSTĘPNOŚĆ

1.3.1 DOSTĘPNOŚĆ

1.3.1.1	Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.	1,0000
---------	--	--------

1.3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY

1.3.2.1	Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 bez przerwy.	3,0000
---------	--	--------

1.4 CIĄGŁOŚĆ

1.4.1 CIĄGŁOŚĆ

1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców	0,0000
1.4.1.2	Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty	0,0000

1.5 WARUNKI WYMAGANE

1.5.1 WARUNKI WYMAGANE

1.5.1.1	W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.	0,0000
---------	---	--------

1.6 INNE

1.6.1 INNE

1.6.1.1	Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000
---------	---	--------

Nazwa Świadczeniodawcy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe sp. z o.o.
Miasto Kraków
Ulica Na Kozłowiec 29

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY	
1.1.1.1	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym.	0,0000
1.1.1.2	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej.	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	Magister fizjoterapii - co najmniej 50 % zatrudnionych fizjoterapeutów.	21,0000
1.2.1.2	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	26,0000
1.2.1.3	Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.	5,0000
1.2.1.4	Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	5,0000
1.2.2	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
1.2.2.1	Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.2	Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.3	Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.4	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.	0,0000
1.2.2.5	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000

1.2.2.6	Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.2.7	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.2.8	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.9	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000
1.2.2.10	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.11	Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.13	Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.2.14	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA

1.2.3.1	Przenośny stół do terapii	3,0000
---------	---------------------------	--------

1.2.4 POZOSTAŁE WARUNKI

1.2.4.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	1,5000
1.2.4.2	Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.4.3	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	3,0000

1.3 DOSTĘPNOŚĆ

1.3.1 DOSTĘPNOŚĆ

1.3.1.1	Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.	1,0000
---------	--	--------

1.3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY

1.3.2.1	Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 bez przerwy.	3,0000
---------	--	--------

1.4 CIĄGŁOŚĆ

1.4.1 CIĄGŁOŚĆ

1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców	0,0000
1.4.1.2	Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty	0,0000

1.5 WARUNKI WYMAGANE

1.5.1 WARUNKI WYMAGANE

1.5.1.1	W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.	0,0000
1.6	INNE	
1.6.1	INNE	
1.6.1.1	Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000

Należy mieć na uwadze, iż konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym, do zawarcia umowy komisja konkursowa wybiera oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu określonego postępowania konkursowego. Warto również przywołać stanowisko Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, który w wyroku z 16 stycznia 2013 r. wskazał, że: *„fakt, czy oferta danego oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania, zależy wyłącznie od jej treści. Konkurs zawsze niesie za sobą element ryzyka i niewiadomej jego rozstrzygnięcia. W tej sytuacji trzeba zgodzić się z organem odwoławczym, iż na podstawie ustawy o świadczeniach, rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert usługodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli natomiast część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo- ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych, a oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy.”*

Odwołujący się pismem z dnia 13 września 2018 roku (wpływ do MOW NFZ w dniu 14 września 2018 roku) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

W treści odwołania Odwołujący podnosi, że *„złożył ofertę spełniającą wszelkie kryteria wymagane w konkursie ofert, rozstrzygnięcie postępowania budzi wątpliwości co do przeprowadzenia postępowania z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców – art. 134 uśoz”*. Odwołujący zaznacza, że *„komisja nie wezwwała również Odwołującego do przeprowadzenia negocjacji, co równoznaczne jest z pominięciem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców (art. 142 uśoz)”*. Ponadto Odwołujący *„wnosi zastrzeżenia co do zapisów Ankiety ogólnej dla miejsca realizacji. Pomimo realizowania przez odwołującego świadczeń w zakresie rehabilitacji domowej (od stycznia 2008 roku) nie została uwzględniona ta okoliczność w pkt 1.4. Ciągłość w ppkt 1.4.1.1.”*

Odnosząc się do zgłoszonych zarzutów naruszenia art. 134 Ustawy, podkreślenia wymaga, że Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem

świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa przeprowadziła analizę porównawczą wszystkich ofert biorących udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 148 Ustawy według wspomnianych już kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
- 2) kompleksowości,
- 3) dostępności,
- 4) ciągłości,
- 5) ceny

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepis ten dotyczy kryteriów porównywania ofert, stosowane w postępowaniu kryteria zapewniły obiektywne porównanie ofert. Kryteria te zostały uszczegółowione w załączniku nr 5 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.)*. Zdaniem Organu nieuzasadnione są zarzuty naruszenia art. 134 Ustawy. Organ informuje, iż komisja konkursowa postępowwała zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym w szczególności zgodnie z *Ustawą*, a także rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa NFZ. Wszystkie oferty zostały poddane tym samym kryteriom oceny w celu zachowania uczciwej konkurencji. Przepis art. 134 ust. 2 Ustawy nakłada nadto na Fundusz obowiązek, by wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były wszystkim świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Wszyscy oferenci byli jednakowo informowani o jego zasadach na zasadzie równego traktowania, a interes prawny Odwołującego nie został w tym zakresie w żaden sposób naruszony. Wszystko to służy nadrzędnemu celowi, którym jest postępowanie jawne, równe oraz transparentne, prowadzące do wyboru ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość, a także najlepszą dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, zagwarantowaniem uczciwej konkurencji pomiędzy Oferentami.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 142 Ustawy poprzez niezaproszenie Odwołującego do negocjacji, Organ informuje, iż przepis art. 142 ust. 5 Ustawy stanowi, że komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, może też przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, do czego podstawę stanowi art. 142 ust. 6 Ustawy. Stosownie do art. 142 ust. 7 Ustawy komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Ustawodawca w żaden sposób nie określa maksymalnej liczby oferentów, z którymi można negocjować, ani też liczby ofert, które mogą zostać wybrane w

rozstrzygnięciu postępowania. Przesłanką zaproszenia oferenta do negocjacji jest wysoka łączna ocena oferty uzyskana na podstawie kryteriów nie cenowych (do negocjacji kwalifikuje się oferentów licząc kolejno od najwyższej oceny).

Organ poczynił ustalenia faktyczne i wskazał, że oferta Odwołującego spełniała wymagane warunki ale nie została zaproszona do negocjacji, ponieważ przeprowadzenie negocjacji z Odwołującym nie miałyby wpływu na zmianę jego pozycji oferty w rankingu końcowym. Taka sytuacja miała miejsce w przedmiotowej sprawie, a negocjacje zostały przeprowadzone z dwoma oferentami. Ponadto, zgodnie z procedurą konkursową do przeprowadzenia negocjacji zaprasza się co najmniej taką liczbę oferentów, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Oferta Odwołującego nie otrzymała kwalifikacji do negocjacji z uwagi na uzyskaną mniejszą liczbę punktów i tym samym dalszą pozycję w rankingu otwarcia, dlatego komisja konkursowa podjęła decyzję o zaproszeniu do negocjacji podmiotów, których oferty otrzymały większą liczbę punktów i znalazły się na wyższych pozycjach w rankingu.

Natomiast po negocjacjach, które stanowią część niejawną postępowania, w sporządzonym rankingu końcowym oferta Odwołującego uzyskała zbyt małą ilość punktów i uplasowała się w rankingu końcowym na 4 pozycji, a do zawarcia umowy wybrano 2 oferentów posiadających potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania.

Pismem z dnia 21 sierpnia 2018 roku komisja konkursowa zgodnie z dyspozycją § 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, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.)*, wezwała Odwołującego do wyjaśnienia rozbieżności stwierdzonych w trakcie weryfikacji jego oferty dot. pytań ankietowych nr 1.6.1.1 *Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.* W odpowiedzi Odwołujący oświadczył, że udzielił odpowiedzi na powyższe pytanie przez pomyłkę. Organ informuje, że komisja konkursowa przyjęła wyjaśnienia Odwołującego. Organ wskazuje, iż komisja konkursowa dokonując oceny złożonych wyjaśnień uznała wyjaśnienia Odwołującego, iż doszło z jego strony do popełnienia pomyłki i dlatego też, nie odrzuciła oferty Odwołującego na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 2 Ustawy, który stanowi że odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. Organ podkreśla, że oferta Odwołującego została oceniona zgodnie zasobami, potencjałem i odpowiedziami ankietowymi, wykazanymi przez Odwołującego w złożonej ofercie, a interes Odwołującego nie został naruszony.

Odnosząc się do zarzutu nieprzyznania Odwołującemu punktów w kryterium Ciągłości w pytaniu nr 1.4.1.1. *W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców*, Organ podkreśla jednocześnie, że żaden z oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu nie otrzymał punktów za kryterium *Ciągłości*, ze względu na brak

realizacji, w dniu złożenia oferty, na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie – żaden oferent biorący udział w postępowaniach w zakresie fizjoterapii domowej nie posiadał zawartej umowy o udzielanie świadczeń w powyższym zakresie z Narodowym Funduszem Zdrowia. Odwołujący również nie spełniał ww. warunków i nie otrzymał za nie punktów. W związku z powyższym, Organ zauważa, że nawet w przypadku oceny ofert zgodnie z interpretacją, Odwołującego, jego pozycja w rankingu nie uległaby zmianie, a zarzut Odwołującego w tym zakresie należy uznać za bezzasadny. Jednocześnie należy podkreślić, że kryterium *ciągłości* premiuje oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie daje jednak gwarancji „kontynuacji” umowy.

W dniu 11 października 2018 roku złożył osobiście w MOW NFZ pismo stanowiące uzupełnienie złożonego odwołania. W jego treści Odwołujący podnosi, że „oferent EURO-MED. Sp. z o. o. uzyskał certyfikat Systemu Zarządzania Jakością z norma ISO 9001:2015 dla lokalizacji: 43-100 Tychy, ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22. Lokalizacja ta nie była objęta postępowaniem konkursowym”. Odnosząc się do powyższego zarzutu, Organ informuje, że Certyfikat ISO 9001:2015, wykazany w ofercie EURO-MED. Sp. z o. o. został zarejestrowany na adres siedziby głównej oferenta, czyli 43-100 Tychy, ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22, natomiast został wydany dla lokalizacji: 30-363 Kraków, ul. Tadeusza Szafrana 5D/25, co bezsprzecznie wynika z treści powyższego certyfikatu załączonego do oferty. Dlatego też Organ podkreśla, że komisja konkursowa słusznie przyznała wskazanemu oferentowi 1,500 pkt za spełnianie powyższego kryterium, a zarzut Odwołującego należy uznać za bezzasadny.

W dalszej części złożonego pisma Odwołujący zaznacza, że „w Ankiecie ogólnej dla miejsca realizacji, w punkcie 1.1.1.1 zaznaczono odpowiedź Nie. Podstawą do takiego opisu była informacja uzyskana od pracownika NFZ przy poprzednim postępowaniu konkursowym. W tym stanie rzeczy pracownik Świadczeniodawcy pozostawał w błędzie z przyczyn przez siebie niezawinionych. Dodatkowo MOW NFZ w Krakowie w związku z realizacją umowy nr 061/200379/REH/2017/K o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza, był w posiadaniu wiedzy, iż NZOZ Kraków – Południe Sp. z o. o. wykonuje świadczenia zdrowotne w zakresie: Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym”. Pytanie nr 1.1.1.1 w części VIII formularza ofertowego – Ankiety dotyczy realizacji przez oferenta na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym. Organ wskazuje, że Odwołujący nie zgłaszał żadnych uwag lub błędów do Małopolskiego OW NFZ w Krakowie czy też podczas prowadzonego postępowania konkursowego, odnośnie odpowiedzi udzielonych na pytania ankietowe. Ponadto jest profesjonalnym uczestnikiem rynku usług medycznych, a z racji przystąpienia do konkursu zobowiązany był przygotować ofertę z należytą starannością. Wszyscy oferenci byli jednakowo informowani o warunkach wymaganych oraz kryteriach oceny ofert. Komisja przypomina, że spełnienie przez Oferenta warunków wymaganych musi znaleźć wyraz w złożonej ofercie (formularzu ofertowym) i nie może podlegać zmianom na późniejszym etapie konkursu ofert. Po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

Ponadto, Organ zauważa, że nawet w przypadku oceny oferty Odwołującego zgodnie z jego interpretacją, której Organ nie podziela, jego oferta nie zostałaby wybrana w rozstrzygnięciu postępowania do zawarcia umowy, ponieważ przyjęcie interpretacji Odwołującego skutkowałoby uzyskaniem przez Odwołującego 3,000 pkt. Oferta Odwołującego znalazłaby się na trzecim miejscu w rankingu końcowym uzyskując tym samym 76,500 pkt, należy jednak zwrócić uwagę, że oferenci wybrani do zawarcia umowy uzyskali odpowiednio 81,500 pkt oraz 80,000 pkt. W związku z powyższym, Organ zauważa, że nawet w przypadku oceny ofert zgodnie z interpretacją Odwołującego, jego pozycja w rankingu końcowym nie uległaby zmianie.

W związku z powyższym należy wskazać, że interes prawny Odwołującego nie doznał uszczerbku i nie został naruszony.

Rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z Oferentami. Organ podkreśla, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych kryteriów. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. W ogłoszonym konkursie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie świadczeniodawców i tożsame kryteria ocen. Ponadto, Odwołujący, tak jak każdy Oferent przystępujący do postępowania Oferent złożył do oferty oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ z zm. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. W jego treści każdy Oferent oświadcza, że zapoznał się z przepisami zarządzenia, warunkami zawierania umów, ogólnymi warunkami umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, akceptuje je, nie zgłasza do nich zastrzeżeń i przyjmuje je do stosowania. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Podkreślić tutaj należy, iż sam Odwołujący na etapie prowadzonego postępowania nie wnosił w tej kwestii żadnych zastrzeżeń, w szczególności w formie umotywowanego protestu przewidzianego art. 153 Ustawy.

Oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo że spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz wymogi merytoryczne. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono bowiem oferty, które uzyskały wyższe oceny punktowe i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umów wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Organ wskazuje, że zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. W ogłoszeniu postępowania nr 06-18-000857/REH/05/1/05.1310.209.02/01 wskazano maksymalną liczbę umów do zawarcia: 2. Dwóch oferentów, których oferty uzyskały najwyższe oceny punktowe zostały wybrane do zawarcia umów, wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia

określoną w ogłoszeniu., a do zawarcia umowy wybrano oferentów, których potencjał pozwolił na wyczerpanie łącznej wartości zamówienia oraz zabezpieczenie udzielania świadczeń. Oferty podmiotów wybranych do zawarcia umów zabezpieczają liczbę świadczeń dla pacjentów w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, na obszarze 1261011 – Kraków, 1261049 – Kraków-Podgórze, na okres: od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku, zgodnie z ogłoszeniem postępowania nr 06-18-000857/REH/05/1/05.1310.209.02/01.

Organ zaznacza, że w przedmiotowym postępowaniu wszystkie oferty zostały poddane szczegółowej analizie i wskazuje, że postępowanie komisji konkursowej było prawidłowe, a w toku niniejszego postępowania odwoławczego nie ma możliwości dokonania ponownej oceny złożonych ofert, jako że leży to w gestii komisji konkursowej. Potwierdza to wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 25 stycznia 2012 r. sygn. akt II GSK 1458/10 w którym stwierdził, „rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 ustawy o świadczeniach (...) w związku z art. 152 tej ustawy jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniobiorcy (oferenta), zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert (...)”. Tożsama argumentacja znajduje się w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 24 sierpnia 2016 r. sygn. akt II SA/Bd 597/16.

Organ podkreśla, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych kryteriów. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów.

W niniejszej sprawie świadczeniodawca złożył konkretną ofertę, która podlegała ocenie komisji konkursowej. Oferta zawierała dane, na podstawie których miała zostać oceniona przez komisję konkursową. W wyniku przeprowadzonej oceny oferta skarżącego nie została wybrana. Organ jeszcze raz podkreśla, że rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z oferentami. Przyczyną niewybrania oferty Odwołującego było uzyskanie przez niego zbyt małej ilości punktów w końcowym rankingu.

Reasumując Organ przypomina, że do skutecznego wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia nie wystarcza samo istnienie interesu prawnego, lecz jest także konieczne wystąpienie uszczerbku w tym interesie na skutek nieprawidłowości przebiegu postępowania. Uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania będzie występował wtedy, gdy naruszenie przez podmiot prowadzący to postępowanie określonych zasad postępowania spowodowało, że uczestnik postępowania (świadczeniodawca) został pozbawiony możliwości zawarcia umowy.

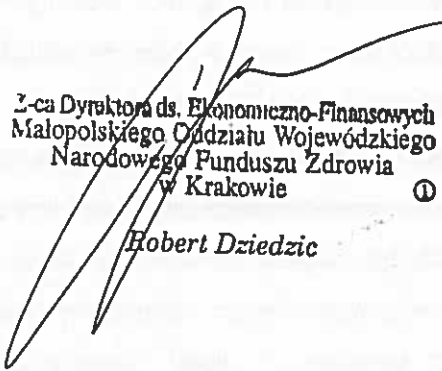
Interes prawny świadczeniodawcy należy oceniać przez pryzmat konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez określonego świadczeniodawcę (wystąpienia uszczerbku jego interesu prawnego).

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów, z uwzględnieniem wszystkich twierdzeń i zarzutów Odwołującego się. Organ ustalił w sposób jednoznaczny, że nie doszło do naruszenia przepisów prawa w tym zakresie obowiązujących, w tym w szczególności zasady równego traktowania Oferentów biorących udział w postępowaniu.

Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ jako jednostka sektora finansów publicznych musi uwzględniać podczas zawierania umów rachunek ekonomiczny. Ponadto, na podstawie Ustawy, rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert usługodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli natomiast część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo - ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych. Oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy. Działanie takie pozwala na zakupienie jak największej ilości świadczeń o określonej jakości, które zapewniają zamierzoną dostępność do leczenia osobom ubezpieczonym. Prowadzi to zatem do zrealizowania zadań Funduszu, określonych w Ustawie.

Powyższe stanowi o tym, że komisja konkursowa nie naruszyła zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena ta skutkuje uznaniem, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania.

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.


Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie ①

Robert Dziezic

Otrzymują:

1. Strony:
 - a) Tomasz Walasek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kraków-Południe Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Szwedzka 27 30-315 Kraków strona składająca odwołanie
 - b) Marek Grodzki EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22_43-100 Tychy strona wybrana do zawarcia umowy
 - c) Andrzej Salakowski NOWA REHABILITACJA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Polarna 10 30-389 Kraków strona wybrana do zawarcia umowy
2. Organ aa.

Pauczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2018r., poz. 2015 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji. Od decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługiwać będzie środek zaskarżenia do sądu administracyjnego.

Zgodnie z art. 52 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1302.) jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu decyzji. Wpis od skargi wynosi 200 zł.

Strona ma prawo ubiegania się o przyznanie prawa pomocy zgodnie z art. 243 i n. ustawy Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. Strona może w trakcie biegu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy zrzec się prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna. (Art. 127a. § 1 i § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257.) stosuje się odpowiednio do wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, o których mowa w art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

