

NFZ10-WOP.4117.2.2023

Białystok, 20 marca 2023 r.

**Decyzja Nr 5/10/2023/REH  
Prezesa 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez **Krzysztofa Szarejkę**, ul. Warszawska 79, 15-201 Białystok, zwanego dalej „Odwołującym”, od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-23-000082/REH/05/1/05.1310.209.02/01, w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia domowa, w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu: 2005 hajnowski

**oddalam odwołanie.****Uzasadnienie**

W dniu 31 stycznia 2023 r. Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił postępowanie o kodzie 10-23-000082/REH/05/1/05.1310.209.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie na obszarze powiatu hajnowskiego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia domowa, w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania podano wartość zamówienia nie większą niż 44 343,96 PLN oraz okres obowiązywania umowy od 1 kwietnia 2023 r. do 31 grudnia 2025 r.. Wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawarta maksymalnie 1 umowa. Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu, maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oznacza maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do

dnia 14 lutego 2023 r. Jako dzień rozstrzygnięcia postępowania wskazano 1 marca 2023 r. W dniu 28 lutego 2023 r., na podstawie zastrzeżenia zawartego w ogłoszeniu o konkursie ofert, termin ogłoszenia rozstrzygnięcia został przesunięty z dnia 1 marca 2023 r. na 28 lutego 2023 r.

Czynności podejmowane w przedmiotowym postępowaniu konkursowym oraz postępowaniu odwoławczym wykonywane są przez Dyrektora Podlaskiego OW NFZ, zwanego dalej „Dyrektorem Oddziału” lub „organem”, w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie udzielonych w tym zakresie pełnomocnictw. Komisja konkursowa, powołana przez Dyrektora Oddziału, prowadząca niniejsze postępowanie działała na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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. poz. 1858), zwanego dalej „rozporządzeniem o pracach komisji”.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, winni byli spełnić wymagania wynikające z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym wymagania określone przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265), zwanym dalej „rozporządzeniem rehabilitacyjnym”, a także wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

1. Zarządzeniu Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką w brzmieniu wynikającym z załącznika do obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zmienionym zarządzeniem Nr 175/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 grudnia 2022 r. oraz zarządzeniem Nr 7/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 stycznia 2023 r. zwanym dalej „warunkami zawierania i realizacji umów”.

2. Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem Nr 19/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2017 r. oraz zarządzeniem 15/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r., zwanym dalej „warunkami postępowania”.

Powyższe zarządzenia zostały wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.



Ocena ofert w postępowaniu dokonywana była natomiast w oparciu o rozporządzenie 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.), zwane dalej „rozporządzeniem kryterialnym”.

Ogłoszenie o konkursie ofert, zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia o pracach komisji, zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych zarządzeń.

Każdy z oferentów potwierdził znajomość aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, składając w ofercie oświadczenia, zgodne z załącznikiem nr 3 do warunków postępowania. W oświadczeniach oferenci stwierdzili m.in.: w pkt 1 „*zapoznałem się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania, oświadczając jednocześnie w pkt 12, że „spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej” i w pkt 13, że „dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”.*

Zgodnie z § 9 warunków postępowania oferent obowiązany jest spełniać wymagania określone w ogłoszeniu o postępowaniu, warunkach postępowania oraz warunkach zawierania umów.

Na przedmiotowe postępowanie zostały złożone 2 oferty, w tym oferta Odwołującego nr 10-23-000082[05/1]-0002/00. Otwarcie ofert nastąpiło dnia 16 lutego 2023 r.

W części jawnej postępowania komisja konkursowa dokonała sprawdzenia ofert w zakresie spełniania warunków formalnych. Po uzupełnieniu braków formalnych zgodnie z wezwaniem komisji konkursowej obie oferty spełniły warunki formalne.

W celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofertach ze stanem faktycznym w dniu 23 lutego 2023 r. u obu oferentów zostały przeprowadzone weryfikacje ofert. Po analizie danych zawartych w dokumentacji ofertowej, z uwzględnieniem wyników przeprowadzonych weryfikacji, komisja konkursowa wezwała obu oferentów do złożenia wyjaśnień dotyczących treści przedstawionych ofert i odpowiedzi udzielonych przez tych oferentów na zapytania ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego.

Wskutek weryfikacji przeprowadzonej u Odwołującego i złożonych następnie wyjaśnień komisja konkursowa uznała, że Odwołujący nie spełnił warunku określonego zapytaniem ankietowym 2.4.3, dotyczącego prowadzenia historii choroby lub historii zdrowia i choroby w wymaganej postaci elektronicznej oraz warunku określonego zapytaniem ankietowym 3.1.1, dotyczącym posiadania odrębnej aplikacji do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.

Wskutek analizy oferty Euro-Med spółka z o.o. i złożonych przez niego wyjaśnień komisja konkursowa uznała, że oferent ten nie spełnił warunku określonego zapytaniem ankietowym 4.1.1, gdzie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje nieprzerwanie od 10 lat na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu i obszaru, którego dotyczy postępowanie.

Powyższe skutkowało zmianą punktacji u obu oferentów za niespełnianie poszczególnych warunków dodatkowo ocenianych, o czym komisja konkursowa zawiadomiła Odwołującego w dniu 27 lutego 2023 r., a jego kontroferenta – 24 lutego 2023 r.

Po dokonaniu oceny ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu, komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z oboma oferentami w części niejawnego postępowania. W wyniku negocjacji w dniach 27 i 28 lutego 2023 r. z każdym z oferentów ustalono ostateczne stanowiska co do ceny i liczby świadczeń, w wyniku czego zostały sporządzone i podpisane protokoły końcowe ze zbieżnymi stanowiskami. W dniu 28 lutego 2023 r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania konkursowego, zgodnie z którym do zawarcia umowy została wybrana oferta EURO-MED Spółka z o.o.

Dnia 3 marca 2023 r. Odwołujący skorzystał z przysługującego mu prawa wglądu do akt postępowania konkursowego o kodzie 10-23-000082/REH/05/1/05.1310.209.02/01.

W dniu 7 marca 2023 r. do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie Odwołującego, w którym wskazał na naruszenie przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wybór oferty, która w świetle obowiązujących przepisów nie spełniała/nie spełnia warunków wymaganych, co pozbawiło Odwołującego umowy. Uzasadniając powyższe przedstawił następującą argumentację:

- wskazany przez kontroferenta harmonogram udzielania świadczeń wskazany w VI części formularza ofertowego dotyczy miejsca udzielania świadczeń, a nie harmonogramu udzielania świadczeń w warunkach domowych — brak dopisku „-wizyty dom. ” przy szczegółowym harmonogramie pracy poszczególnych osób personelu.

- potwierdzają to dołączone do oferty promesy, z których wynika, iż personel deklaruje cyt.: „oświadczam, że od dnia 1.04.2023 r. będę udzielać świadczeń zgodnie z poniżej podanym harmonogramem na rzecz EURO-MED Sp. z o.o. z siedzibą w Tychach ul. Zgrzebnioka 22, w placówce zlokalizowanej pod adresem ul. 11 listopada 22, 17-200 Hajnówka”.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W myśl art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie lub wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu. Tym samym w niniejszym postępowaniu stronami są:

1. Krzysztof Szarejko ul. Warszawska 79, 15-201 Białystok – Odwołujący;
2. Euro-Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Zgrzebnioka 22, 43-100 Tychy.

Pismem z dnia 8 marca 2023 r. strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U.



z 2022 r. poz. 2000 ze zm.), zwanym dalej „kpa”, przysługuje im prawo do czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji w przedmiotowej sprawie istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Żadna ze stron nie skorzystała z powyższych uprawnień.

**Po rozpatrzeniu odwołania, organ zważył co następuje:**

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 tej ustawy. W myśl art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

Wskazać należy, że działający z upoważnienia Prezesa Funduszu organ rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji konkursowej, natomiast bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Zgodnie z art. 148 ust.1 ustawy o świadczeniach, dokonuje się porównania ofert według kryteriów wyboru ofert:

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

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, zgodnie z art. 148 ust. 2 ustawy o świadczeniach, przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca przekazał Agencji w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2.

Wskazać należy, że kryteria wyboru ofert, określone w art. 148 ustawy o świadczeniach, skonkretyzowane zostały w odniesieniu do poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej w załącznikach do rozporządzenia kryterialnego. Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru

ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością punktową w odniesieniu do przedmiotowego postępowania określony został w załączniku nr 5 do rozporządzenia kryterialnego.

Odwierciedleniem obowiązujących kryteriów są zapytania ankietowe, zawarte w cz. VIII formularza ofertowego. W rozpatrywanym postępowaniu konkursowym podstawą do oceny i przyznania oferentom odpowiedniej punktacji za spełnianie poszczególnych warunków kryterialnych były następujące zapytania ankietowe:

## **1. KOMPLEKSOWOŚĆ**

### **1.1 SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY**

1.1.1 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym - w lokalizacji.

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

1.1.2 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej - w lokalizacji

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

## **2. JAKOŚĆ**

### **2.1 PERSONEL**

2.1.1 Magister fizjoterapii - co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów.

Tak 21 pkt

Nie 0 pkt

2.1.2 Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.

Tak 26 pkt

Nie 0 pkt

2.1.3 Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.

Tak 5 pkt

Nie 0 pkt

2.1.4 Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Tak 5 pkt

Nie 0 pkt

### **2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

2.2.1 Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

2.2.2 Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.4 Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.5 Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.6 Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.11 Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.

Tak -2 pkt

Nie 0 pkt

2.2.12 Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

### 2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA

2.3.1 Przenośny stół do terapii:

co najmniej 1 sztuka 2 pkt

co najmniej 2 sztuki 3 pkt

Żadna z powyższych 0 pkt

### 2.4 POZOSTAŁE WARUNKI



2.4.1 Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.

Tak 1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.4.2 Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Tak 1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.4.3 Świadczeniodawca prowadzi historię 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 wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

### **3. DOSTĘPNOŚĆ**

#### **3.1 DOSTĘPNOŚĆ**

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

Tak 1 pkt

Nie 0 pkt

#### **3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY**

3.2.1 Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00.

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

### **4. CIĄGŁOŚĆ**

#### **4.1 CIĄGŁOŚĆ**

4.1.1 W dniu złożenia oferty oferent realizuje:

- na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 2 pkt

- nieprzerwanie od 5 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 5 pkt

- nieprzerwanie od 10 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 8 pkt

Żadna z powyższych 0 pkt

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

Ponad 90 % wartości zrealizowanych świadczeń 5 pkt

Ponad 70 % wartości zrealizowanych świadczeń 3 pkt

Żadna z powyższych 0 pkt

### **5. WARUNKI WYMAGANE**

#### **5.1 WARUNKI WYMAGANE**

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.

TAK 0 pkt

NIE Dyskwalifikacja

### **6. INNE**



## 6.1 INNE

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.

Tak 1 pkt

Nie 0 pkt

Z kolei szczegółowe kryteria wyboru ofert w ramach kryterium ceny określone zostały w załączniku nr 17 rozporządzenia kryterialnego. Zgodnie z przedmiotowym załącznikiem, liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

**Cena:**

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

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  $C_{of} \geq C_{min}$ .

Zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia kryterialnego za cenę obliczoną zgodnie z powyższym wzorem dla rozpatrywanego zakresu świadczeń można było otrzymać maksymalnie 10 punktów.

Cena oczekiwana jednostki rozliczeniowej w rozpatrywanym postępowaniu wynosiła 1,23 zł.

Zgodnie z treścią zapytań ofertowych obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu, ocena ofert obejmowała kryterium jakości (J), kompleksowości (K), dostępności (D), ciągłości (C), inne (I) oraz ceny. Zgodnie z § 9 rozporządzenia kryterialnego w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

W oparciu o powyższe kryteria na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet komisja dokonała oceny ofert, będącej podstawą do sporządzenia rankingu otwarcia. Ranking

powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny uwzględniającej wszystkie kryteria różnicujące oferty. Nie jest zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez komisję konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Takim samym zasadom postępowania oraz jednolitym kryteriom oceny podlegały obie oferty. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, nie podlegały zmianie w toku postępowania i nie mógł ich zmienić ani oferent ani zamawiający. Wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez oferenta odpowiedzi i ustalonej punktacji danej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium.

Poniższa tabela przedstawia ocenę ofert stron niniejszego postępowania zawartą w rankingu otwarcia z propozycjami Funduszu z dnia 24 lutego 2023 r.:

Pozycja oferty w rankingu	Dane z oferty			Propozycja Funduszu							
	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów					Łączna liczba punktów z tyt. pozostałych kryteriów	Łączna liczba punktów oceny
					J	K	D	C	I		
1	10-23-000082[05/1]-0001/00	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 17-200 HAJNÓWKA ul. 11 LISTOPADA 22	9,88	0	0	8	1	79	88,88	
2	10-23-000082[05/1]-0002/00	KRZYSZTOF SZAREJKO	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 17-200 HAJNÓWKA ul. STEFANA BATOREGO 25	5	63	0	4	0	67	72	

Podczas weryfikacji oferty Odwołującego w dniu 23 lutego 2023 r. komisja konkursowa stwierdziła niezgodność ze stanem faktycznym udzielonych przez niego odpowiedzi „TAK” na pytania ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego: „2.4.3 Świadczeniodawca prowadzi historię 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 wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku” oraz „3.1.1 Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.” W związku z tym, po rozpatrzeniu wyjaśnień Odwołującego z 27 lutego 2023 r. komisja konkursowa dokonała ponownej oceny oferty Odwołującego z uwzględnieniem, że odpowiedź na powyższe pytania ankietowe powinna brzmieć „NIE”. Skutkowało to zmniejszeniem punktacji oferty Odwołującego z 63 pkt na 60 pkt w kryterium jakości (- 3 pkt) oraz z 4 pkt na 3 pkt w kryterium dostępności (-1 pkt).

Analogicznej analizie podlegała oferta Euro-Med. Sp. z o.o., w której komisja konkursowa stwierdziła niezgodność ze stanem faktycznym odpowiedzi udzielonej na pytanie ankietowe 4.1.1 „W



dniu złożenia oferty oferent realizuje nieprzerwanie od 10 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”. Po rozpatrzeniu wyjaśnień tego oferenta z dnia 21 lutego 2023 r. komisja konkursowa dokonała ponownej oceny oferty z uwzględnieniem, że prawidłowa odpowiedź w zakresie spełniania tego warunku powinna brzmieć „Żadna z powyższych”, co skutkowało zmniejszeniem punktacji tej oferty z 8 pkt na 0 pkt w kryterium ciągłości. Wprowadzenie odpowiednich zmian w części ankietowej oferty, celem dostosowania ankiety danego oferenta do stanu faktycznego odzwierciedla ocenę komisji na poszczególnych etapach postępowania. Prowadzi to do realizacji określonego w art. 134 ustawy o świadczeniach obowiązku równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Ze względu na ocenę ofert w systemie informatycznym, odbywającą się na podstawie wczytanych odpowiedzi ankietowych, takie postępowanie komisji konkursowej należy uznać za prawidłowe.

Po zweryfikowaniu ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, komisja konkursowa, w oparciu o art. 142 ust. 6, z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach, przeprowadziła z oboma oferentami negocjacje, podczas których ustalono ostateczne stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń. W wyniku negocjacji z Odwołującym nastąpiła zmiana oceny oferty w kryterium ceny – punktacja jego oferty podwyższyła się w tym kryterium z 5 pkt na 9,88 pkt.

Ostateczną ocenę ofert, z uwzględnieniem zmian w poszczególnych kryteriach dodatkowo punktowanych przedstawia ranking końcowy z dnia 28 lutego 2023 r.:

Pozycja oferty w rankingu	Dane z oferty końcowej (po negocjacjach)			Ocena oferty								Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Punkcja za ofertę cenową	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów								
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem			
1	10-23-000082[05/1]-0001/00	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	43-100 TYCHY ul. ALFONSA ZGRZEBNIOKA 22	9,88	0	0	0	1	71	80,88	Tak		
2	10-23-000082[05/1]-0002/00	KRZYSZTOF SZAREJKO	15-201 BIAŁYSTOK ul. WARSZAWSKA 79	9,88	60	0	3	0	63	72,88	Nie		

W rankingu końcowym oferty uszeregowane zostały malejąco w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z zastosowaniem § 9 rozporządzenia kryterialnego, zgodnie z którym w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny, oferty szeregowane są w kolejności wg następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

W orzecznictwie sądów administracyjnych trafnie podkreśla się, że postępowanie konkursowe jest postępowaniem opartym na zasadzie konkurencji, co oznacza, że o ograniczoną ilość dóbr może ubiegać się nieograniczona liczba świadczeniodawców. Ustalenie wyniku tego konkurowania w postaci rankingu, tj. klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty, stanowi porównanie ofert świadczeniodawców, biorących udział w postępowaniu.

Mając na uwadze powyższe, w celu zawarcia umowy komisja konkursowa dokonała wyboru oferty Euro-Med. Sp. z o.o. , która zajęła pierwsze miejsce w rankingu końcowym, uzyskując 80,88 pkt. Wybór ten doprowadził do realizacji wskazanego w ogłoszeniu celu postępowania, zgodnie z którym wskutek przeprowadzenia postępowania miała być zawarta maksymalnie 1 umowa. W związku z powyższym Odwołujący, którego oferta zajęła drugie miejsca w rankingu końcowym uzyskując 72,88 pkt, nie został wybrany do zawarcia umowy.

Szczegółowa ocena oferenta wybranego do zawarcia umowy oraz Odwołującego, czyli stron niniejszego postępowania administracyjnego, została podana w załącznikach do niniejszej decyzji.

W dniu 28 lutego 2023 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania o kodzie 10-23-000082/REH/05/1/05.1310.209.02/01, w wyniku którego świadczenia na obszarze objętym zamówieniem zostały zabezpieczone. Również w tym samym dniu na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń Podlaskiego OW NFZ zostało zamieszczone ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 ustawy o świadczeniach, gwarantująca jawność informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozpatrując odwołanie wniesione przez Odwołującego organ dokonał szczegółowej kontroli obu ofert, które zostały złożone w ramach zakończonego postępowania konkursowego, zarówno w zakresie obejmującym warunki bezwzględnie wymagane, jaki i warunki dodatkowo oceniane. Wyniki tych działań zostały skonfrontowane z oceną dokonaną przez komisję konkursową. Zdaniem organu, komisja konkursowa dokonała prawidłowej oceny każdej oferty. W tym stanie rzeczy, zarówno ranking otwarcia, jak i ranking końcowy postępowania konkursowego, został prawidłowo sporządzony przez komisję konkursową.

W odpowiedzi na zarzuty Odwołującego stwierdzić należy, co następuje.

Odwołujący zarzucił naruszenie zasad przeprowadzania postępowania konkursowego poprzez dokonanie wyboru oferty, która nie spełniała warunków wymaganych do realizacji świadczeń w kontraktowanym zakresie. Odwołujący wskazuje, że w przypadku personelu oferent winien wskazać, czy zadeklarowany harmonogram dotyczy pracy w miejscu czy wizyt domowych.

W odniesieniu do tego zarzutu należy zauważyć, że zgodnie z § 4 pkt 2b rozporządzenia rehabilitacyjnego świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej są świadczeniami gwarantowanymi realizowanymi wyłącznie w warunkach domowych. Mając na uwadze, że obaj oferenci złożyli swoje oferty w zakresie fizjoterapii domowej, wskazany przez nich w części VI formularza ofertowego



harmonogram pracy personelu nie mógł dotyczyć innego zakresu świadczeń niż świadczeń realizowanych w warunkach domowych. W rodzaju rehabilitacja lecznicza występują świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych – są to np. świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, ale są one odrębnym zakresem kontraktowania od świadczeń w zakresie fizjoterapii domowej.

Komisja konkursowa w ten sam sposób oceniła harmonogram pracy personelu przedstawiony przez Odwołującego, który w każdej pozycji zastosował dopisek „wizyty dom.”, jak i harmonogram pracy personelu przedstawiony przez Euro-Med. Sp. z o.o., który w żadnej z pozycji tego dopisku nie zawierał, co należy ocenić jako postępowanie prawidłowe.

Żaden z przepisów warunków postępowania dotyczących zasad składania oferty nie narzuca wymogu oznaczenia wizyt domowych przy przedstawieniu harmonogramu pracy personelu. Konieczność dokonania takiego dodatkowego oznaczenia występuje w określonych sytuacjach, w których bez tego dopisku ocena oferty byłaby niemożliwa. Dopisanie w harmonogramie dopisku „wizyty dom.” jest niezbędne do oceny spełnienia wymogów w takich zakresach świadczeń, gdzie oferent powinien wykazać udzielanie świadczeń w dwóch formach – w warunkach ambulatoryjnych oraz w warunkach domowych. Aplikacja służąca do sporządzenia oferty została dostosowana właśnie do takich sytuacji, aby umożliwić wpisanie harmonogramu pracy personelu z rozróżnieniem godzin pracy stacjonarnej i godzin przeznaczonych na wizyty domowe. Nie miało to zastosowania w rozpatrywanym postępowaniu konkursowym, gdzie świadczenia wykonywane są w tylko w formie wizyt domowych, zgodnie z przedmiotem postępowania.

Niezasadne jest także twierdzenie Odwołującego, że jego zarzuty potwierdzają promesy zawarte pomiędzy Euro-Med Sp. z o.o. a poszczególnymi osobami personelu. Oświadczenia, które przytacza Odwołujący w treści odwołania, mają następujące brzmienie: „Oświadczam, że od dnia 1.04.2023 r. będę udzielać świadczeń zgodnie z poniżej podanym harmonogramem na rzecz EURO-MED Sp. z o.o. z siedzibą w Tychach ul. Zgrzebnioka 22, w placówce zlokalizowanej pod adresem 17-200 Hajnówka, ul. 11 listopada 22 w zakresie fizjoterapia domowa, fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, nie udzielając jednocześnie świadczeń na rzecz innego świadczeniodawcy”. Należy zauważyć, że oferent, dla którego siedziba spółki zlokalizowana jest w Tychach, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzi działalność w wielu komórkach organizacyjnych na terenie całego kraju. W celu złożenia oferty zgodnie z obszarem kontraktowania – powiat hajnowski, w części III formularza ofertowego „Wykaz miejsc udzielania świadczeń” oferent wykazał komórkę organizacyjną: Zespół rehabilitacji domowej, w lokalizacji: 11 Listopada 22, 17-200 Hajnówka. Oświadczenia poszczególnych osób personelu, które w swojej treści odwołują się do lokalizacji właściwej wskazanej w ofercie i rejestrze komórki organizacyjnej oraz do zakresu świadczeń fizjoterapii domowej – potwierdzają że personel zadeklarował realizację świadczeń w warunkach domowych na rzecz oferenta w ramach tej komórki

organizacyjnej. Tym samym należy stwierdzić, że Euro-Med Sp. z o.o. spełnił wymóg określony w cytowanym przez Odwołującego zapisie § 2 pkt 7 warunków postępowania, zgodnie z którym miejscem udzielania świadczeń jest pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Zarzuty Odwołującego odnośnie wybrania oferty niespełniającej warunki wymagane należy uznać za bezzasadne.

Przedstawiona powyżej szczegółowa ocena ofert oraz okoliczności przemawiające za niezasadnością wszystkich zarzutów Odwołującego potwierdzają, że działania komisji konkursowej w toku prowadzonego postępowania konkursowego były bezstronne i miały na celu przestrzeganie określonej w art. 134 ustawy o świadczeniach zasady równego traktowania konkurentów i poszanowania uczciwej konkurencji oraz rzetelnego porównania ofert zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach.

W tym miejscu należy podkreślić, że celem postępowania odwoławczego jest zbadanie prawidłowości rozstrzygnięcia postępowania konkursowego pod kątem ewentualnego naruszenia zasad w trakcie postępowania, będących w związku przyczynowo - skutkowym z naruszeniem interesu prawnego Odwołującego. 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 (vide: wyrok WSA z dnia 24 marca 2009 r. VII SA/Wa 2012/08, LEX 533330). Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego i sposób rozpatrywania zgłaszanych zarzutów. W odpowiedzi na zarzuty Odwołującego należy przypomnieć, iż w dziedzinie prawa i postępowania administracyjnego przyjmuje się, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz, że ma on wprost charakter materialnoprawny (wyrok NSA z 27 września 2001r., I SA 2326/00). Tak pojmowany interes prawny oferenta polega na tym, żeby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając przewidziany prawem zakres swobody komisji konkursowej, umożliwiający wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, bądź też niedokonanie wyboru żadnej oferty, gdy nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach). 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 o świadczeniach). Art. 134 ust. 2 ustawy o świadczeniach



nakłada nadto na Fundusz obowiązek, aby wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były świadczeniodawcom na tych samych zasadach.

Interes prawny świadczeniodawcy należy zawsze oceniać zatem na kanwie konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez danego świadczeniodawcę, ponadto posiadanie interesu prawnego związane jest zawsze z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z pozbawieniem możliwości zawarcia umowy przez tego świadczeniodawcę. Oceniając przedmiotowe postępowanie konkursowe w zakresie jego przebiegu, zarzutów Odwołującego i przedstawionych na te okoliczność dowodów należy stwierdzić, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Po przeprowadzeniu analizy akt sprawy należy stwierdzić, że postępowanie konkursowe było prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach, warunkach postępowania i warunkach zawierania umów. Oferta Odwołującego została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców zasad określonych w przepisach prawa. Kryteria wyboru ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Reasumując, należy podkreślić, iż Odwołujący nie wykazał, aby zostały naruszone zasady postępowania konkursowego wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub dokumentów wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano naruszenia podstawowych zasad takich jak równe traktowanie świadczeniodawców, niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania oraz przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur, które skutkowałyby naruszeniem interesu prawnego Odwołującego.

Wobec powyższego, przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach należy stwierdzić, jak w sentencji.

Z up. Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
**DYREKTOR**  
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Maciej Bogdan Olesiński*

#### **Pouczenie**

Niniejsza decyzja jest ostateczna na podstawie art. 154 ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.).

Od decyzji przysługuje stronie na podstawie art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2023 r. poz. 259) prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku, ul. H. Sienkiewicza 84, 15-950 Białystok, zgodnie z § 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 r.

w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1999).

Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia, za pośrednictwem Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok, upoważnionego na podstawie art. 268a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000 ze zm.) do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych.

Na podstawie art. 243 ustawy z dnia 30 sierpnia – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi strona, która spełnia ku temu przesłanki, może ubiegać się o przyznanie prawa pomocy.

**Otrzymują:**

1. Krzysztof Szarejko ul. Warszawska 79, 15-201 Białystok – Odwołujący;
2. Euro-Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Zgrzebnioka 22, 43-100 Tychy;
3. a/a.



**Ankieta oceny oferty w postępowaniu konkursowym  
o kodzie 10-23-000082/REH/05/1/05.1310.209.02/01  
wraz z odpowiedziami i przypisaną im punktacją**

Odpowiedzi udzielone przez Odwołującego - Krzysztofa Szarejkę zostały oznaczone podkreśleniem.

**1. KOMPLEKSOWOŚĆ**

**1.1 SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY**

1.1.1 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym - w lokalizacji.

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

1.1.2 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej - w lokalizacji

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

**2. JAKOŚĆ**

**2.1 PERSONEL**

2.1.1 Magister fizjoterapii - co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów.

Tak 21 pkt

Nie 0 pkt

2.1.2 Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.

Tak 26 pkt

Nie 0 pkt

2.1.3 Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.

Tak 5 pkt

Nie 0 pkt

2.1.4 Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Tak 5 pkt

Nie 0 pkt

**2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

2.2.1 Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

2.2.2 Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.4 Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.5 Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.6 Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.11 Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.

Tak -2 pkt

Nie 0 pkt

2.2.12 Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.



Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

## 2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA

2.3.1 Przenośny stół do terapii:

co najmniej 1 sztuka 2 pkt

co najmniej 2 sztuki 3 pkt

Żadna z powyższych 0 pkt

## 2.4 POZOSTAŁE WARUNKI

2.4.1 Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.

Tak 1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.4.2 Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Tak 1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.4.3 Świadczeniodawca prowadzi historię 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 wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku

Tak 3 pkt – punktacja przed zmianą

**Nie 0 pkt – punktacja po zmianie**

## 3. DOSTĘPNOŚĆ

3.1 DOSTĘPNOŚĆ

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

Tak 1 pkt – punktacja przed zmianą

**Nie 0 pkt – punktacja po zmianie**

3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY

3.2.1 Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00.

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

## 4. CIĄGŁOŚĆ

#### 4.1 CIĄGŁOŚĆ

4.1.1 W dniu złożenia oferty oferent realizuje:

- na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 2 pkt

- nieprzerwanie od 5 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 5 pkt

- nieprzerwanie od 10 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 8 pkt

Żadna z powyższych 0 pkt

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

Ponad 90 % wartości zrealizowanych świadczeń 5 pkt

Ponad 70 % wartości zrealizowanych świadczeń 3 pkt

Żadna z powyższych 0 pkt

#### 5. WARUNKI WYMAGANE

##### 5.1 WARUNKI WYMAGANE

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.

TAK 0 pkt

NIE Dyskwalifikacja

#### 6. INNE

##### 6.1 INNE

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.

Tak 1 pkt

Nie 0 pkt



**Ankieta oceny oferty w postępowaniu konkursowym  
o kodzie 10-23-000082/REH/05/1/05.1310.209.02/01  
wraz z odpowiedziami i przypisaną im punktacją**

Odpowiedzi udzielone przez Euro-Med. Sp. z o.o. zostały oznaczone podkreśleniem.

**1. KOMPLEKSOWOŚĆ**

**1.1 SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY**

1.1.1 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym - w lokalizacji.

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

1.1.2 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej - w lokalizacji

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

**2. JAKOŚĆ**

**2.1 PERSONEL**

2.1.1 Magister fizjoterapii - co najmniej 50% zatrudnionych fizjoterapeutów.

[REDACTED]

2.1.2 Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.

[REDACTED]

2.1.3 Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.

[REDACTED]

2.1.4 Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

[REDACTED]

**2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI**

2.2.1 Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.

[REDACTED]

2.2.2 Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

2.2.3 Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazany w umowie - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.

Tak -1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.4 Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.5 Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.6 Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.2.11 Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.

Tak -2 pkt

Nie 0 pkt

2.2.12 Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.



Tak -1 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

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

Tak -0,5 pkt

Nie 0 pkt

2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA

2.3.1 Przenośny stół do terapii:

co najmniej 1 sztuka 2 pkt

co najmniej 2 sztuki 3 pkt

Żadna z powyższych 0 pkt

2.4 POZOSTAŁE WARUNKI

2.4.1 Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.

Tak 1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.4.2 Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Tak 1,5 pkt

Nie 0 pkt

2.4.3 Świadczeniodawca prowadzi historię 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 wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku

Tak 3 pkt

Nie 0 pkt

**3. DOSTĘPNOŚĆ**

3.1 DOSTĘPNOŚĆ

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

Tak 1 pkt

Nie 0 pkt

3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY

3.2.1 Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00.

  
  
**4. CIĄGŁOŚĆ**

#### 4.1 CIĄGŁOŚĆ

4.1.1 W dniu złożenia oferty oferent realizuje:

- na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 2 pkt
- nieprzerwanie od 5 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 5 pkt
- nieprzerwanie od 10 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie 8 pkt – punktacja przed zmianą

**Żadna z powyższych 0 pkt** – punktacja po zmianie

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

Ponad 90 % wartości zrealizowanych świadczeń 5 pkt

Ponad 70 % wartości zrealizowanych świadczeń 3 pkt

Żadna z powyższych 0 pkt

#### 5. WARUNKI WYMAGANE

##### 5.1 WARUNKI WYMAGANE

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.

TAK 0 pkt

NIE Dyskwalifikacja

#### 6. INNE

##### 6.1 INNE

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

Tak 1 pkt

Nie 0 pkt