

DECYZJA NR 73/2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1257 ze zm.), po rozpatrzeniu sprawy z odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, wniesionych przez: Martę Bogusz-Czerniewicz, Karolinę Bogusz prowadzące działalność leczniczą w formie spółki cywilnej pod nazwą Dzienny Dom Opieki Medycznej Senior Active s.c. z siedzibą w Poznaniu (61-103) przy ul. Tylne Chwaliszewo 25, przez spółkę NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. z siedzibą w Nekli przy ul. Rynek 5, przez spółkę ASGO Sp. z o.o. sp.k. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Marcelesińskiej 92-94 oraz przez Katarzynę Stachnik prowadzącą działalność leczniczą pod firmą Specjalistyczne Centrum Omega z siedzibą w Suchym Lesie przy ul. Rolnej 17, postanawiam:

- odwołanie Marty Bogusz-Czerniewicz, Karoliny Bogusz **oddalić w całości**,
- odwołanie spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. **oddalić w całości**,
- odwołanie spółki ASGO Sp. z o.o. sp.k. **oddalić w całości**,
- odwołanie Katarzyny Stachnik **oddalić w całości**.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o

postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 12 lipca 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 788.480,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych siedem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 4 września 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

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

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

Dnia 5 września 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Martę Bogusz-Czerniewicz i Karolinę Bogusz prowadzące działalność leczniczą w formie spółki cywilnej pod nazwą Dzienny Dom Opieki Medycznej Senior Active s.c. z siedzibą w Poznaniu (61-103) przy ul. Tylne Chwaliszewo 25, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, Odwołujący Marta Bogusz-Czerniewicz i Karolina Bogusz wnosi o ponowne, pozytywne przeanalizowanie złożonej przez niego oferty. Podkreśla, iż złożona przez niego oferta spełnia wszystkie wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia, między innymi infrastrukturalne i personalne. Prowadzony przez Odwołującego Martę Bogusz-Czerniewicz i Karolinę Bogusz ośrodek jest nowoczesny, wyposażony w nowy i kompletny sprzęt wymagany w postępowaniu nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Odwołujący zwraca uwagę, iż personel posiada wszystkie niezbędne kwalifikacje i doświadczenie, a kadra lekarska uzupełniona została dodatkowo o dwóch lekarzy specjalistów rehabilitacji leczniczej o bardzo wysokich kwalifikacjach. Odwołujący podnosi również argument dobrej lokalizacji prowadzonego ośrodka, co w jego ocenie bardzo ułatwi dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych oddziału dziennego mieszkańcom dzielnic Starego i Nowego Miasta, a także miast Swarzędz i Luboń, uzupełniając lukę na tym obszarze dla oddziałów o tym profilu. Nadto Odwołujący Marta Bogusz-Czerniewicz i Karolina Bogusz zwraca uwagę na rosnącą liczbę osób starszych wobec których orzeczono stopień niepełnosprawności i wymagających profesjonalnej opieki. Na zakończenie Odwołujący zwraca uwagę, iż zawarta z DDOM Senior Active przez Oddział Funduszu umowa nr 150010831/05/1/0042/0/17/22 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza, choć istotnie gwarantuje kompleksowość udzielanych świadczeń rehabilitacyjnych przez jedno miejsce jakim jest DDOM Senior Active, nie daje możliwości utrzymania placówki, ze względu na niską wartość tejże umowy, pozwalając pokryć jedynie wynagrodzenie lekarza specjalisty rehabilitacji leczniczej.

Dnia 5 września 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez spółkę NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. z siedzibą w Nekli przy ul. Rynek 5, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Jako uzasadnienie wniesienia odwołania, Odwołujący spółka NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. wskazuje na nieotrzymanie umowy w postępowaniu konkursowym nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01.

Dnia 11 września 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez spółkę ASGO Sp. z o.o. sp.k. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Marcelińskiej 92-94, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Odwołujący ASGO Sp. z o.o. sp.k. podnosi, iż w trakcie postępowania konkursowego nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 wskazał, że w razie zaistnienia konieczności wykonania skanu zdjęcia RTG osoba upoważniona przez Odwołującego udaje się osobiście do siedziby spółki Digital-Center Sp. z o.o. w Złotnikach, gdzie niezwłocznie, bez konieczności pozostawiania tego zdjęcia, dokonywany jest jego skan, który nagrywany jest następnie na płytę CD. Zarówno klisza, jak i płyta są natychmiast zwracane osobie upoważnionej. Jak podkreśla Odwołujący spółka Digital-Center Sp. z o.o. dokonując digitalizacji kliszy RTG nie uzyskuje żadnych danych wrażliwych pacjenta, nie zachowuje i nie gromadzi żadnych danych zawartych na kliszy RTG, a całość wykonania usługi trwa kilka minut i odbywa się pod stałym nadzorem osoby upoważnionej. Dalsze czynności techniczne zmierzające do przeniesienia zeskanowanej zawartości płyty CD do systemu DICOM w odpowiednim formacie wykonywane są przez osobę upoważnioną w siedzibie Odwołującego spółki ASGO Sp. z o.o. sp.k.. Wykonanie skanu kliszy RTG odbywa się bez konieczności zawierania jakiegokolwiek umowy ze spółką Digital-Center Sp. z o.o. bowiem usługi świadczone przez tę spółkę są ogólnodostępne.

Odwołujący ASGO Sp. z o.o. sp.k. w trakcie postępowania wskazał, iż obowiązująca procedura dokonywania wyżej opisanej czynności jest zgodna z obowiązującymi przepisami, w szczególności z § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej

przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069), zgodnie z którym w przypadku, gdy do dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej formie, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. W przypadku konieczności odwzorowania zdjęć radiologicznych wykonanych pierwotnie w formie analogowej winno być ono dokonane z zachowaniem formatu DICOM zgodnym z normą ISO 12052.

Odwołujący ASGO Sp. z o.o. sp.k. nie zgadza się ze stanowiskiem komisji konkursowej, iż do dokonania digitalizacji zdjęć RTG poza siedzibą Odwołującego niezbędne jest zawarcie z podmiotem, który dokonuje digitalizacji kliszy RTG, odrębnej umowy, na podstawie której czynności te mogłyby być wykonywane. W ocenie Odwołującego, w analizowanym przypadku brak jest jakichkolwiek podstaw do żądania przedłożenia umowy z podmiotem, który wykonuje proste techniczne czynności, a dodatkowo czynności te są wykonywane pod nadzorem osoby upoważnionej. Jak podkreśla Odwołujący żaden przepis prawa nie zobowiązuje bowiem świadczeniodawców do dokumentowania współpracy w tym zakresie.

W ocenie Odwołującego obowiązujące przepisy nie wymagają, by digitalizacja klisz RTG następowała w miejscu świadczenia usług zdrowotnych. Wobec tego przyjąć należy, iż czynności takie mogą być wykonywane poza siedzibą Świadczeniodawcy. Nadto Odwołujący spółka ASGO Sp. z o.o. sp.k. wskazuje, iż przepisy nie przewidują obowiązku zawierania umowy o współpracy z podmiotem dokonującym digitalizacji klisz RTG, której brak był głównym i bezpośrednim powodem odrzucenia oferty Odwołującego. Odwołujący zwraca uwagę, iż przepisy przewidują wprost obowiązek zawierania i przedkładania umów z podwykonawcami, tj. podmiotami, które w ramach zawartej z NFZ umowy o świadczenie usług zdrowotnych wykonywać będą w części świadczenia zdrowotne objęte zakresem umowy z NFZ. Zgodnie bowiem z art. 133 Ustawy podwykonawcom może być zlecone przez oferenta udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto zgodnie z § 10 ust. 4 pkt 2 Zarządzenia 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, oferent zobowiązany jest do przedłożenia wykazu podwykonawców z informacją o umowach podwykonawstwa, w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy dopuszczone jest zlecanie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r., poz. 1146) definiują w § 1 pkt 8 podwykonawcę jako podmiot uczestniczący w realizacji umowy o świadczenie opieki zdrowotnej. Jak podkreśla Odwołujący czynność digitalizacji klisz RTG nie może być traktowana jako świadczenie zdrowotne, a w konsekwencji podmiot ją wykonujący nie może być, w świetle ww. przepisów, traktowany jako podwykonawca. Podmiot dokonujący jedynie skanu kliszy RTG spełnia bowiem prostą czynnością techniczną, która jest mu powierzana do realizacji wyłącznie ze względu na fakt, iż ten dysponuje urządzeniem niezbędnym do wykonania skanu odpowiedniej jakości i w odpowiednim formacie. Na poparcie przedstawionego przez siebie stanowiska Odwołujący ASGO Sp. z o.o. sp.k. załączył do odwołania pismo Ministerstwa Zdrowia z dnia 8 września 2017 roku znak UZ-PR.716.191.2017 MM IK:1061662.

Odwołujący ASGO Sp. z o.o. sp.k. podkreśla, iż literalne brzmienie przywołanego przepisu rozporządzenia dotyczącego zasad prowadzenia dokumentacji medycznej wskazuje wprost, że cyfrowe odwzorowanie dokumentacji, w tym zdjęć radiologicznych powinno być dokonane w oparciu o upoważnienie, a nie jak twierdziła komisja konkursowa w oparciu o umowę o podwykonawstwo. Osoba upoważniona przez Odwołującego do dokonania cyfrowego odwzorowania kliszy RTG i umieszczenia jej w systemie informatycznym jest również upoważniona do powierzenia wykonania skanu kliszy RTG u innego podmiotu. Czynność odwzorowania musi być zrealizowana przy zachowaniu określonych przez Odwołującego zasad dotyczących między innymi obowiązku stałego nadzoru nad kliszą RTG, ewentualnego zamaskowania danych pacjenta, o ile takie umieszczone są na kliszy RTG, itp.

W przekonaniu Odwołującego ASGO Sp. z o.o. sp.k. czynność digitalizacji nie wiąże się z jakimkolwiek ryzykiem naruszenia praw pacjenta, albowiem zgodnie z obowiązującą u Odwołującego procedurą, jest ona wykonywana wyłącznie w obecności przedstawiciela Odwołującego. W trakcie całej procedury inny podmiot dokonuje jedynie zeskanowania kliszy RTG i przeniesienia jej na płytę CD w odpowiednim formacie, przy czym podmiot wykonujący skan kliszy RTG nie uzyskuje żadnych danych pacjentów (otrzymuje do zeskanowania wyłącznie nieopisaną kliszę RTG), nie przechowuje zeskanowanego zdjęcia RTG w swoich zasobach, a jedynie przenosi plik na płytę CD, której jedyny egzemplarz jest wydawany osobie upoważnionej przez Świadczeniodawcę. Nie dochodzi zatem w tym wypadku do przetwarzania jakichkolwiek danych osobowych czy danych wrażliwych pacjenta. Podmiot dokonujący digitalizacji kliszy RTG nie uzyskuje, nie gromadzi i nie

przechowuje tych danych w swoich zasobach. W takiej sytuacji nie dochodzi do przetwarzania danych osobowych pacjenta i brak jest konieczności zawierania jakiegokolwiek umowy w tym zakresie.

Odwołujący ASGO Sp. z o.o. sp.k. wnosi o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie z nim postępowania w trybie rokowań, względnie ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Dnia 11 września 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Katarzynę Stachnik, prowadzącą działalność leczniczą pod firmą Specjalistyczne Centrum Omega z siedzibą w Suchym Lesie przy ul. Rolnej 17, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Odwołanie złożono w terminie.

W ocenie Odwołującego Katarzyny Stachnik rozstrzygnięcie komisji konkursowej, powołanej w przedmiotowym postępowaniu, stanowi konsekwencję błędów w ustaleniach faktycznych prowadzących do wniosków sprzecznych z zebraną w sprawie dokumentacją i treścią oświadczeń oferenta złożonych w toku postępowania, jak i w toku kontroli. Działanie komisji konkursowej spowodowało naruszenie wynikającej z przepisu art. 134 Ustawy zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz zachowania zasad uczciwej konkurencji, jak również zasady równego dostępu do informacji. Odwołujący Katarzyna Stachnik w odwołaniu wnosi o:

1. weryfikację procedury konkursowej pod kątem przepisów powszechnie obowiązującego prawa, w tym regulacji mających zastosowanie w niniejszym postępowaniu,
2. ponowną weryfikację wszystkich złożonych w ramach konkursu ofert oraz ujawnienie i zbadanie wszelkich okoliczności związanych z punktacją (lub jej brakiem), będącą skutkiem ocen dokonywanych w odniesieniu do poszczególnych wymagań stawianych w ogłoszeniu, w celu zbadania prawidłowości oceny ofert złożonych przez podmioty konkurujące z Odwołującym, co z kolei wymaga odniesienia się przez NFZ do ofert przedstawionych przez innych oferentów i ich oceny dokonanej przez komisję konkursową,
3. dokonanie ponownej weryfikacji procedury konkursowej dotyczącej odwołującego i jego oferty, ze szczególnym uwzględnieniem błędów w ustaleniach faktycznych, mających wpływ na wynik postępowania konkursowego, w szczególności ponowną ocenę złożonej przez odwołującego oferty i oświadczeń w toku postępowania,

4. o umożliwienie zapoznania się z dokumentacją postępowania, w tym dotyczącą ofert zgłoszonych przez pozostałych oferentów i wybranych przez komisję - w zakresie dopuszczalnym przez obowiązujące przepisy oraz o szczegółowe określenie ilości punktów przyznanych oferentom w poszczególnych kryteriach dokonywanej oceny ofert z podaniem uzasadnienia dokonanej punktacji - w szczególności dotyczących postępowania w stosunku do Szpitala w Rawiczu, Otimedica Sp. z o.o. NZOZ Zespół Poradni „Medyk”,

oraz wnosi o uwzględnienie odwołania i zastosowania trybu przewidzianego w przepisie art. 154 ust. 7 Ustawy.

W treści odwołania Odwołujący Katarzyna Stachnik podkreśla, co uczynił również w treści protestu złożonego do komisji konkursowej w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego, iż na żadnym etapie postępowania nie podał informacji, iż nie posiada umowy w zakresie odwzorowywania dokumentacji, a jedynie podał, iż umowa w tym zakresie nie jest wymagana (zgodnie z treścią oświadczenia złożonego do protokołu weryfikacji oferty przeprowadzonej przez komisję konkursową u Odwołującego w dniu 16 sierpnia 2017 roku). Powyższe stwierdzenie, w kontekście przyczyn odrzucenia oferty (nie wykazanie przez Odwołującego podmiotu dokonującego digitalizacji zdjęć RTG w złożonej przez siebie ofercie i nie przedłożenie umowy wiążącej go z tym podmiotem) z punktu ocenianego warunku ma ogromne znaczenie. Odwołujący zwraca uwagę na fakt, iż wraz z protestem na czynność odrzucenia oferty przedłożył dwie, zawarte w dniu 24 lipca 2017 roku, umowy: ze Stowarzyszeniem Psychologia i Architektura z siedzibą w Poznaniu oraz spółką Digital-Center Sp. z o.o.. Obie umowy dotyczyły odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja w postaci papierowej w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej. Odwołujący Katarzyna Stachnik wskazuje również, iż odwzorowywanie dokumentacji medycznej jest czynnością administracyjno-techniczną, co potwierdza treść §1 pkt 8 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym podwykonawcą jest podmiot uczestniczący w realizacji umowy o świadczenie opieki zdrowotnej. Tym samym Odwołujący nawet chcąc zgłosić podwykonawstwo w zakresie wykonywania czynności innych niż świadczenia opieki zdrowotnej nie mógł tego uczynić ze względów technicznych leżących po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ funkcjonalność Portalu Świadczeniodawcy

(SZOI) uniemożliwia rejestrację podmiotów nie będących podmiotami świadczącymi w/w usługi, co jest kolejnym argumentem wskazującym, że żądanie umowy na podwykonawstwo w zakresie czynności administracyjno-technicznych było niemożliwe.

Odwołujący Katarzyna Stachnik stoi na stanowisku, że w postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 winno zostać przyjęte, że spełniał wymagania ankiety w podanym przez niego zakresie, od chwili złożenia oferty. Rozstrzygnięcie postępowania konkursowego dokonane przez Komisję konkursową zostało dokonane, w ocenie Odwołującego, z naruszeniem zasad postępowania i wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań wniesionych przez Odwołujących, pismami z dnia 8 września 2017 roku i 13 września 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołujących oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu na dzień 20 września 2017 roku terminu wydania decyzji. W dniu 13 września 2017 roku z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystała Anna Zgolak oraz spółka NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o.. W dniu 14 września 2017 roku z uprawnień skorzystała Katarzyna Stachnik reprezentowana przez radcę prawnego Kamilę Jakubowską-Banaszak, a w dniu 15 września 2017 roku Marta Bogusz-Czerniewicz i Karolina Bogusz. W dniu 19 września 2017 roku z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystała spółka Asgo Sp. z o.o. sp.k.

Na skutek złożonego przez Odwołujących odwołań, dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 4 października 2017 roku postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację przywoływaną przez Odwołujących w odwołaniach. Rozpatrzone zostały

również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym oferty złożyło 12 oferentów: Odwołujący, oraz „REHAB CENTRUM” Sp. z o.o. sp.k., Anna Zgolak, CENTERMED Poznań Sp. z o.o., Centrum Medyczne "HIPOKRATES" w Gnieźnie Sp. z o.o., Mariusz Posłuszny, Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, spółka Rehasol Clinic Sp. z o.o.

Postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522 ze zm.),
- 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.),
- 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.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz.1146),
- zarządzenia Prezesa NFZ nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja

lecnicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką,

- zarządzenia Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 12 lipca 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, odrzuciła oferty trzech oferentów.

W dniu 17 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła ofertę złożoną przez spółkę Rehasol Clinic Sp. z o.o. z siedzibą w Swarzędzu (62-020), przy ul. Cieszkowskiego 100/102 c. W części VIII. ANKIETY formularza ofertowego, rozdziale 2.5 POZOSTAŁE WARUNKI, punkt 2.5.3 „Prowadzenie dokumentacji medycznej”, Oferent ten udzielił odpowiedzi: „Indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku”. Przeprowadzona przez komisję konkursową analiza oferty i wyjaśnień złożonych przez spółkę Rehasol Clinic Sp. z o.o. oraz weryfikacja miejsca udzielania świadczeń prowadziły do wniosku, iż Oferent pomimo zadeklarowania spełniania warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, nie spełnia tego warunku. W związku z powyższym uznać należało, iż oferent podał w ofercie nieprawdziwą informację, zatem komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 odrzuciła złożoną przez spółkę Rehasol Clinic sp. z o.o. ofertę

W dniu 18 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła ofertę złożoną przez Katarzynę Stachnik prowadzącej działalność leczniczą w Suchym Lesie (62-002), przy ul. Rolnej 17. W części VIII. ANKIETY formularza ofertowego, rozdziale 2.5 POZOSTAŁE WARUNKI, punkt 2.5.3 „Prowadzenie dokumentacji medycznej”, Oferent ten udzielił odpowiedzi: „Indywidualnej w rozumieniu

przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku”. Przeprowadzona przez komisję konkursową analiza oferty i wyjaśnień złożonych przez Katarzynę Stachnik oraz weryfikacja miejsca udzielania świadczeń prowadziły do wniosku, iż Oferent pomimo zadeklarowania spełniania warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, nie spełnia tego warunku. W związku z powyższym uznać należało, iż oferent podał w ofercie nieprawdziwą informację, zatem komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 odrzuciła złożoną przez Katarzynę Stachnik ofertę.

W dniu 18 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła ofertę złożoną przez spółkę Asgo Sp. z o.o. sp.k. z siedzibą w Poznaniu (60-324), przy ul. Marceińskiej 92-94. W części VIII. ANKIETY formularza ofertowego, rozdziale 2.5 POZOSTAŁE WARUNKI, punkt 2.5.3 „Prowadzenie dokumentacji medycznej”, Oferent ten udzielił odpowiedzi: „Indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku”. Przeprowadzona przez komisję konkursową analiza oferty i wyjaśnień złożonych przez Asgo Sp. z o.o. oraz weryfikacja miejsca udzielania świadczeń prowadziły do wniosku, iż Oferent pomimo zadeklarowania spełniania warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, nie spełnia tego warunku. W związku z powyższym uznać należało, iż oferent podał w ofercie nieprawdziwą informację, zatem komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 odrzuciła złożoną przez spółkę Asgo Sp. z o.o. sp.k. ofertę.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, pozostałych dziewięć złożonych ofert.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów umożliwił dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz 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, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 6 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, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- kwalifikacje personelu (maksymalnie 35,00 pkt),
- sprzęt i aparaturę medyczną oraz pomieszczenia (maksymalnie 16 pkt),
- prowadzenie przez jednostkę szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii (2 pkt),
- realizację wybranych świadczeń opieki zdrowotnej tj.: wykonanie w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczykowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu (maksymalnie 7 pkt)
- wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie

monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (maksymalnie do -12,00 pkt),

- posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (1,00 pkt),
- posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1,00 pkt),
- prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) lub indywidualnej dokumentacji medycznej, (maksymalnie 4,00 pkt).

2. Dostępność do świadczeń oceniana poprzez:

- zapewnienie czasu pracy ośrodka lub oddziału dziennego w wymiarze nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 (5 pkt),
- posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (1,00 pkt).

3. kompleksowość udzielania świadczeń oceniana poprzez:

- zapewnienie realizacji, na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna (2 pkt),
- realizację przez oferenta, na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (2 pkt).

4. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (maksymalnie 12 pkt) – oceniana poprzez:

- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 pkt),
- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub od 10 lat (4,00 lub 6,00 pkt),
- rozliczenie ponad 90% lub ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (maksymalnie 6 pkt).

5. inne warunki oceniane, tj.: współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),
6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 pkt).

W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 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:

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 4 września 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym zostanie zawarta z siedmioma oferentami: "REHAB CENTRUM Sp. z o.o. sp.k., Anna Zgolak, CENTERMED Poznań Sp. z o.o., Centrum Medyczne "HIPOKRATES" w Gnieźnie Sp. z o.o., Mariusz Posłuszny, Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Ocena oferty								Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
	Nazwa oferenta	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Punkcja za ofertę cenową	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów				Łączna liczba punktów oceny	
				jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość		
1	POZNAŃSKI OŚRODEK SPECJALISTYCZNYCH USŁUG MEDYCZNYCH	1,00	5	47	2	5	4	63	Tak
2	ZAKŁAD OPIEKUNCZO-LECZNICZY I REHABILITACJI MEDYCZNEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	1,00	5	45	2	5	4	61	Tak
3	ANNA ZGOLAK	1,00	5	42	0	5	0	52	Tak
4	MARIUSZ POSŁUSZNY	1,00	5	35	0	6	6	52	Tak
5	"REHAB CENTRUM SP. Z O.O. " SP.K	0,90	10	28	2	5	4	49	Tak
6	CENTERMED POZNAŃ SP. Z O.O.	0,90	10	21	2	1	0	34	Tak
7	CENTRUM MEDYCZNE "HIPOKRATES" W GNIEŹNIE SP. Z O. O .	0,96	7	21	0	5	0	33	Tak
8	NZOZ OŚRODEK FIZJOTERAPII - CHROMIŃSKI TOMASZ SP. Z O.O.	1,00	5	13	2	5	4	29	Nie
9	DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ SENIOR ACTIVE MARTA BOGUSZ-CZERNIEWICZ, KAROLINA BOGUSZ S.C.	0,95	7,5	5	0	5	0	17,5	Nie

Wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Rehabilitacja lecznicza” pkt 4 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza” 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 oraz załącznika nr 4 „WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych:

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co otrzymał nie punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej wynosi równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 3 punkty,

- zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 6 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, dostęp do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów,**
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
- zadeklarował nieprzekazywanie 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, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych**

wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieodejmowaniem 0,5 punktu,

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował wykonanie w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczycowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe -

- m33, g) dna moczaniowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu w ilości co najmniej 8 rozpoznań, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
 - zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 1 punkt,
 - zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2 punkty,
 - zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1 punkt,
 - zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co otrzymał 1 punkt,
 - zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co otrzymał 1 punkt,
 - nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 pkt,
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **Poznański Ośrodek Usług Medycznych** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

**Oferent Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny
Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej:**

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co otrzymał 2 punkty.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej wynosi równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 6 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, dostęp do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,

- zadeklarował, że czas pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
- nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował wykonanie w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczykowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu w ilości co najmniej 8 rozpoznań, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 pkt,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do

prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Anna Zgolak:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej wynosi równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 6 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, dostęp do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nicodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
- nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował wykonania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczycowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co otrzymał 1 punkt,

- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach

obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **Anna Zgolak** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Mariusz Posłuszny:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej wynosi równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie

- neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 3 punkty,
 - zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 6 punktów,
 - nie zadeklarował, pracy masażysty, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował, dostęp do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co otrzymał 1 punkt,
 - zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
 - nie zadeklarował, czasu pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - zadeklarował udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem 1 punktu,
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
 - nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów, -----

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „TAK”, co wiązało się z odjęciem 0,5 punktu,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem 0,5 punktu,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował wykonania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczykowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe -

m33, g) dna moczaniowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowa, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 6 punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **Mariusz Posłuszny** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent REHAB CENTRUM Sp. z o.o. sp.k. :

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował, pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej wynosi równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 6 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, dostęp do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,

- zadeklarował, że czas pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
- nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował wykonanie w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczykowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu w ilości co najmniej 8 rozpoznań, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „ŻADNE Z POWYŻSZYCH”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,**

- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **REHAB CENTRUM Sp. z o.o. sp.k.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent CENTERMED Poznań sp.k.

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za 1 punkty,
- nie zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej wynosi równoważnik co najmniej 1 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,**
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy masażyisty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, dostęp do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
- nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował wykonanie, co najmniej 8 rozpoznań, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń:
 - 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczykowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „ŻADNE Z POWYŻSZYCH”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,**
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,**
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1punkt,

- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1 punkt,

- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów.**

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **CENTERMED Poznań Sp.k.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent spółka Centrum Medyczne „Hipokrates” Sp. z o.o.:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i

medycyny fizykalnej wynosi równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów.**
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, dostęp do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
- nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował wykonania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczykowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co otrzymał 1 punkt,

- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napelniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach

obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **spółka Centrum Medyczne „Hipokrates” Sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,96 zł, za co otrzymał 7,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent spółka NZOZ Ośrodek Fizjoterapii – Chromiński Tomasz Sp. z o.o.:

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej wynosi równoważnik co najmniej 1 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,**
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją**

komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,

- nie zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,**
- nie zadeklarował, dostępu do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
- nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował wykonania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczycowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów.**
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m2 lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na

- głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt,
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1 punkt,
 - nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 4 punkty,

- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **spółka NZOZ Ośrodek Fizjoterapii – Chromiński Tomasz Sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Marta Bogusz-Czerniewicz i Karolina Bogusz:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,**
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował pracy w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w

- dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował, dostępu do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował pracy terapeuty zajęciowego, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów
 - nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował wykonania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczycowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10; h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione

w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,**
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **Marta Bogusz-Czerniewicz i Karolina Bogusz** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł, za co otrzymał 7,50 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

W tym miejscu wskazania wymaga, iż oferty oferentów: **spółka ASGO Sp. z o.o. sp.k., Katarzyna Stachnik oraz spółka REHASOL CLINIC Sp. z o.o.** nie podlegały ocenie w postępowaniu nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, z uwagi na ich uprzednie odrzucenie.

Oferent spółka ASGO Sp. z o.o. sp.k.:

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co otrzymałby 2 punkty,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymałby 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymałby 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymałby 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby 3 punkty,

- nie zadeklarował pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby 1 punkt,
- nie zadeklarował, dostępu do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował, że czas pracy terapeuty zajęciowego wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby 1 punkt,
- nie zadeklarował pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w

przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby odjęciem 0,5 punktu,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował wykonania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczycowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po

wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, za co nie otrzymałby punktów,

- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymałby 2 punkty,
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymałby 2 punkty,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co otrzymałby 1 punkt,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymałby 2 punkty,

- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymałby 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymałby 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymałby 4 punkty,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **spółka ASGO Sp. z o.o. sp.k.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent spółka REHASOL CLINIC Sp. z o.o.:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymałby 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymałby 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymałby 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował pracy masażysty, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował, dostępu do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował pracy terapeuty zajęciowego etatu, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował, że czas pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował wykonania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczycowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania - m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymałby 2 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymałby 1 punkt,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymałby 2 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymałby 1 punkt,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co nie otrzymałby punktów,

- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował posiadanie w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co otrzymałby 5 punktów,
- zadeklarował posiadanie w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co otrzymałby 3 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymałby 2 punkty,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymałby 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach

obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat lub 10 , za co nie otrzymałby punktów,

- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **spółka REHASOL CLINIC Sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Katarzyna Stachnik.:

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, za co otrzymałby 2 punkty,
- nie zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował pracy lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymałby 4 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy fizjoterapeuty wynosi równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymałby 3 punkty,
- zadeklarował, pracę w miejscu udzielania świadczeń, lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie

- neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymałby 3 punkty,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby 3 punkty,
 - zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymałby punktów,
 - zadeklarował, że czas pracy masażysty wynosi równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby 1 punkt,
 - zadeklarował, dostęp do konsultacji dietetyka w lokalizacji, za co otrzymałby 1 punkt,
 - nie zadeklarował pracy terapeuty zajęciowego w, za co nie otrzymałby punktów,
 - nie zadeklarował pracy logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. u. poz. 1522), posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, za co nie otrzymałby punktów,
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował nieprzekazywania 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował nieprzekazywanie 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, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował wykonania w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniem (icd-10) a) reumatoidalne zapalenie stawów - m05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - m08, m09, c) zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa - m45, d) łuszczycowe zapalenie stawów - m07, e) toczeń rumieniowaty układowy - m32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - m33, g) dna moczanowa - m10, h) zespół sjogrena - m35.0; i) zespół nakładania -

m35.1, j) stwardnienie rozsiane - g35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów złośliwych c00-c97 i d00-d09; m) stan po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) z96.6 lub z96.8, n) skoliozy - m41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu, za co nie otrzymałby punktów,

- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymałby 2 punkty,
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymałby 2 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymałby 1 punkt,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co nie otrzymałby punktu,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co otrzymałby 1 punkt,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napelniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w

przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymałby 2 punkty,

- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymałby 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego wynosi nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymałby 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie spełniania innych wymogów nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium ceny Oferent **Katarzyna Stachnik** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Ponadto wskazać należy, iż w poszczególnych ofertach przywołani wyżej oferenci zadeklarowali każdorazowo, iż 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.

W tym miejscu zwrócić uwagę należy na fakt, iż w dniu 7 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w części VIII. ANKIETY formularza ofertowego. Komisja konkursowa postanowiła:

- 1) w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w tym, w szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest, gdy, treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym, stoi w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty - wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany,
- 2) w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdawanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) - wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, że nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt zgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);
- 3) w przypadkach innych, niż określone w pkt 1 i 2 tj. tedy gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo

ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu udzielania świadczeń weryfikacji oferenta (dotyczy np. posiadania sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych) lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy np. współpracy oferenta z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, posiadania aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną czy prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej) wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia - wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosowanych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś po ich przyjęciu, gdy nie potwierdzą one faktu spełniania przez oferenta warunku dodatkowo ocenianego odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.), zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Odnosząc się do argumentacji przywoływanej w treści złożonych przez Martę Bogusz-Czerniewicz i Karolinę Bogusz prowadzące działalność leczniczą w formie spółki cywilnej pod nazwą Dzienny Dom Opieki Medycznej Senior Active s.c., jak i spółkę NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. odwołań wskazać należy, iż zgodnie z brzmieniem art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia badając sprawy z odwołań Marty Bogusz-Czerniewicz i Karoliny Bogusz, jak i spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. nie stwierdził, żeby komisja

konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01, oceniając ofertę obu Odwołujących naruszyła zasady postępowania administracyjnego, a zatem działania podejmowane przez komisję konkursową w stosunku do ofert obu Odwołujących uznać należy za prawidłowe, co prowadzi do stwierdzenia, iż również interes prawny Marty Bogusz-Czerniewicz, Karoliny Bogusz, jak i spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. nie został naruszony.

Zwrócić również należy uwagę na fakt, iż po dokonaniu oceny punktowej oferty Marty Bogusz-Czerniewicz, Karoliny Bogusz, jak i oferty spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o., komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu ofert złożonych przez tych oferentów, gdyż liczba punktów jaką uzyskały oferty w toku oceny jest mniejsza w stosunku do ofert, które zostały wybrane w trakcie prowadzonego postępowania. Liczba punktów, która zakwalifikowała ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, z uwagi na wskazaną w treści ogłoszenia postępowania konkursowego wartość przedmiotu zamówienia, to 33 punkty. I właśnie oferent, którego oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę oceny 33 punkty został wskazany w rankingu końcowym jako ostatni, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

Dokonanie wyboru powyższej oferty wyczerpało środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem konkursu ofert. Wybór wskazanych wyżej oferentów z rankingu końcowego wyczerpał środki finansowe w sposób uniemożliwiający wybranie następnej oferty w rankingu końcowym.

O miejscu w rankingu końcowym zdecydowała punktacja jaką oferty Marty Bogusz-Czerniewicz i Karoliny Bogusz oraz spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. otrzymały za wszystkie kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskał pierwszy w rankingu oferent. Podkreślić również należy, iż w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych siedem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. I właśnie tylu oferentów zostało wskazanych w rozstrzygnięciu postępowania nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01.

Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie prowadzą jednak do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Komisja wybrała zatem najkorzystniejsze oferty w ramach kwoty zamówienia.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentów podniesionych w odwołaniu złożonym przez Odwołującego Katarzynę Stachnik prowadzącą działalność leczniczą pod firmą Specjalistyczne Centrum Omega, wskazać należy, co następuje.

Odwołujący Katarzyna Stachnik w części VIII. ANKIETY formularza ofertowego, rozdziale 2.5 POZOSTAŁE WARUNKI, punkt 2.5.3 „Prowadzenie dokumentacji medycznej”, zadeklarował prowadzenie indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku. W związku z powyższym, komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie w dniu 11 sierpnia 2017 roku wezwała Odwołującego do złożenia pisemnych wyjaśnień potwierdzających prowadzenie przez niego indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, w sposób zgody z brzmieniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, które to rozporządzenie określa wymogi prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Komisja konkursowa wezwała Odwołującego do złożenia pisemnych wyjaśnień w przedmiocie:

- a) sposobu identyfikacji osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i sposobu dokumentowania dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych,
- b) sposobu odwzorowywania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej właśnie postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, oraz sposób umieszczania odwzorowanej dokumentacji w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej. Oferent winien zapewnić wykonanie odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych z zachowaniem formatu DICOM,

- c) informacji na temat metod i środków stosowanej ochrony dokumentacji medycznej,
- d) informacji na temat dokonywanych analiz zagrożeń,
- e) procedury zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej,
- f) okresowych ocen skuteczności działania organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia dokumentacji,
- g) planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji,
- h) informacji na temat sposobu składania oraz weryfikowania przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego podpisów osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

Odpowiadając na wezwanie Odwołujący wyjaśnił, iż system informatyczny wykorzystywany do celów prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej umożliwia dokumentowanie dokonywanych zmian w zapisanych danych poprzez zaimplementowanie odpowiednich procedur mających na celu rejestrowanie i zapisywanie każdej zmiany wprowadzonej w istniejącym zapisie. Odwołujący informował, iż wykorzystywana przez niego aplikacja pozwala na przechowywanie i prezentację dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej, nie wytworzonej w systemie jednostki, poprzez dołączanie jej odwzorowania cyfrowego. Odwołujący podkreślił, iż w przypadku dokumentacji papierowej (opis badań, wyniki badań) wykonywany jest skan dokumentacji, natomiast w przypadku badań obrazowych dostarczanych przez pacjenta, a nie zleczanych przez jednostkę, dołączany jest opis badania sporządzony przez radiologa, a klisza zwracana jest pacjentowi, który jest jej właścicielem. Jeżeli zachodzi potrzeba dołączenia do dokumentacji odwzorowania cyfrowego zdjęć RTG, usługa odwzorowania cyfrowego zlecana jest podmiotowi, który zajmuje się profesjonalną digitalizacją dokumentacji, w tym klisz rentgenowskich tj. Digital-Center Sp. z o.o. z siedzibą w Złotnikach, przy ul. Krzemowej 1. Następnie otrzymane zdjęcie zapisane w formacie zapewniającym bezstratne odwzorowanie treści konwertowane jest do formatu DICOM przy użyciu oprogramowania MicroDicom firmy MicroDicom. Nadto Oferent wskazał, iż pacjenci, na rzecz których realizuje świadczenia kierowani są do pracowni wykonującej badania, których wynik przekazywany jest w formie elektronicznej (pliki na płycie CD w formacie DICOM), na mocy umowy o podwykonawstwo zawartej ze Szpitalem Wojewódzkim w Poznaniu.

Kolejno w dniu 16 sierpnia 2017 roku, komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 przeprowadziła weryfikację miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie Odwołującego. W treści protokołu weryfikacji oferty przytoczono między innymi oświadczenie Odwołującego w którym potwierdził wcześniej złożone, pisemne wyjaśnienia, iż „odwzorowanie dokumentacji medycznej zewnętrznej – RTG analogowe następuje za pośrednictwem firmy usługowej Digital-Center Sp. z o.o. z siedzibą w Złotnikach”. Nadto w protokole zapisano, iż „według Oferenta nie jest wymagana umowa w tym zakresie.” Protokół weryfikacji Odwołującego, zawierający powyżej przytoczoną treść został podpisany zarówno przez zespół weryfikujący, jak i przez Odwołującego.

Jak już wyżej wskazano w dniu 18 sierpnia 2017 roku, decyzją komisji konkursowej podjętą na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy oferta Odwołującego Katarzyny Stachnik została odrzucona. Do protestu, złożonego w dniu 25 sierpnia 2017 roku, na czynność odrzucenia oferty Odwołujący załączył między innymi umowę z dnia 24 lipca 2017 roku zawartą ze Stowarzyszeniem Psychologia i Architektura w przedmiocie zapewniania odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja w postaci papierowej w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej oraz umowę z dnia 24 lipca 2017 roku ze spółką Digital-Center Sp. z o.o. w przedmiocie odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna w tym zdjęcia radiologiczne formatu A4 (z opcją formatu A3).

Odnosząc się do argumentów Odwołującego Katarzyny Stachnik przywoływanych zarówno w proteście na czynność odrzucenia oferty, jak i w odwołaniu wskazać należy na brzmienie § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zgodnie z którym w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Z treści przywołanego przepisu jednoznacznie wynika, iż odwzorowanie cyfrowe dołączonej dokumentacji utworzonej w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne dokonuje osoba upoważniona przez podmiot (świadczeniodawcę). Powyższe oznacza, iż świadczeniodawca zlecający wykonanie odwzorowania cyfrowego dokumentacji medycznej winien, co najmniej upoważnić podmiot

wykonujący to odwzorowanie do prowadzonej czynności. Powyższe stwierdzenie uzasadnia również fakt, iż zdjęcie RTG stanowi część dokumentacji medycznej (co wynika chociażby z brzmienia przywołanego przepisu § 81 ust. 1), której udostępnianie, na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz.U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.) podlega daleko idącym restrykcjom. Jakakolwiek termin udostępnianie, który został użyty w art. 26 przywołanej ustawy, nie został powtórzony w § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, to jednak nie ulega wątpliwości, iż świadczeniodawca dokonujący digitalizacji zdjęcia RTG przy udziale podmiotu trzeciego, musi temu podmiotowi zapewnić dostęp do tego elementu dokumentacji medycznej. Uwzględniając zatem fakt, iż odwzorowanie cyfrowe dokumentacji medycznej dokonuje osoba upoważniona, jak również to, iż odwzorowaniu podlega element dokumentacji medycznej stwierdzić należy, iż upoważnienie winno co najmniej określać elementy regulujące kwestie ważności upoważnienia, jego zakres oraz zasady zachowania poufności danych przez pracowników podmiotu dokonującego digitalizacji. Co więcej, powyższe stanowisko, w opinii Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, znajduje potwierdzenie piśmnie, załączonym do odwołania przez Odwołującego ASGO Sp. z o.o. sp.k., Ministerstwa Zdrowia z dnia 8 września 2017 roku znak UZ-PR.716.191.2017 MM IK:1061662. Stwierdza się w nim między innymi, iż „w kwestii prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej i sposobu przetwarzania odwzorowania cyfrowego klisz RTG, (...) zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (...), do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w przedmiotowej ustawie, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:

- 1) osoby wykonujące zawód medyczny;
- 2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych”.

Z brzmienia przywołanego przepisu, podobnie jak z przepisu § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wprost wynika, iż przetwarzanie

dokumentacji medycznej odbywa się na podstawie upoważnienia administratora danych, którym w tym przypadku, zgodnie z brzmieniem art. 7 pkt 4 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U z 2016 r., poz. 922) jest świadczeniodawca/Odwołujący. Stwierdzić zatem należy, iż zlecenie czynności przetwarzania dokumentacji medycznej np. digitalizacji zdjęć RTG winno odbywać się, w sposób sformalizowany, w oparciu o co najmniej upoważnienie udzielone przez zlecającego podmiotowi trzeciemu. Na marginesie powyższych wyjaśnień, zwrócić należy uwagę, iż komisja konkursowa nie kwestionowała możliwości zlecenia podmiotowi trzeciemu wykonywania czynności związanych z przetwarzaniem dokumentacji medycznej, a jedynie twierdziła, że współpraca taka winna mieć charakter sformalizowany, choćby po to by zapewnić należytą ochronę danych osobowych wrażliwych, które udostępniane są, nawet jeśli na krótki czas, osobie wykonującej czynność digitalizacji. Nadto udokumentowanie współpracy z podmiotem trzecimi umożliwiłoby komisji konkursowej, bez żadnych wątpliwości ustalić, że Odwołujący spełnia deklarowany warunek.

Odnosząc się do wielokrotnie przywoływanego przed Odwołującego Katarzynę Stachnik argumentu, iż komisja konkursowa nie żądała od niego dostarczenia umowy regulującej wykonywanie czynności digitalizacji przez spółkę Digital-Center Sp. z o.o. wskazać należy, iż zgodnie z uzyskanymi wyjaśnieniami pracowników komisji konkursowej prowadzących weryfikację oferty Odwołującego w miejscu udzielania świadczeń pytali oni Odwołującego, czy posiada takową umowę. Na powyższe pytanie, zgodnie z wcześniej już przywołanym oświadczeniem, Odwołujący stwierdził, że taka umowa w tym zakresie nie jest wymagana. Tym samym, nie można się zgodzić z twierdzeniem Odwołującego, iż w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego nie był wzywany do „...przedłożenia umów związanych z korzystaniem przez Odwołującego z usług firmy zewnętrznej”. Uzasadnionym jest stwierdzenie, iż w sytuacji gdy pracownicy komisji konkursowej spytali wprost Odwołującego o przedmiotową umowę, w trakcie prowadzonej weryfikacji, a umowa ta znajdowałaby się w posiadaniu Odwołującego, udzieliłby on odpowiedzi „...umowa w tym zakresie nie jest wymagana”. Z powyższych powodów Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie może zaakceptować dołączonych do protestu na czynność odrzucenia oferty umów z dnia 24 lipca 2017 roku zawartych ze Stowarzyszeniem Psychologia i Architektura oraz ze spółką Digital-Center Sp. z o.o. w przedmiocie odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna. Jeśli bowiem Odwołujący byłby w ich posiadaniu w dniu prowadzenia weryfikacji, niewątpliwie przedstawiłby je pracownikom komisji konkursowej. Co więcej,

Odwołujący mógł również, w przypadku posiadania przywołanych wyżej umów, przedłożyć je komisji konkursowej na wezwanie z dnia 11 sierpnia 2017 roku o złożenie wyjaśnień w tym zakresie. Uzasadnionym bowiem jest stanowisko, iż oferent będący wezwany do złożenia wyjaśnień w danej kwestii, będący w posiadaniu umów z podmiotami trzecimi regulującymi kwestię digitalizacji zdjęć RTG, przedkłada te umowy, a nie poprzestaje (jak w przypadku Odwołującego) jedynie na pisemnych wyjaśnieniach.

Uwzględniając opisany wyżej stan faktyczny i prawny zwrócić należy również uwagę, iż prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej stanowi warunek dodatkowo oceniany („rankingujący”). Jednakże oczywistym jest, iż świadczeniodawca, który chce korzystać z dobrodziejstw wynikających z deklarowania spełniania określonych kryteriów wyboru oferty, zobowiązany jest do ich spełnienia. Za niedopuszczalną uznać bowiem należy sytuację, w której komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej miałaby zaniechać weryfikacji prawdziwości podanych w ofertach informacji jeżeli informacje te dotyczyłyby wyłącznie warunków rankingujących. Takie działanie komisji konkursowej mogłoby zachęcać oferentów do podawania w ofercie danych umożliwiających zyskanie większej liczby punktów pomimo rzeczywistego braku zapewniania zadeklarowanych w ofercie warunków. Oferta winna bowiem zawierać dane prawdziwe już w dniu jej składania. Oferent biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zadeklarować spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, związanego z prowadzeniem indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, wtedy, gdy spełnia wszystkie warunki wynikające z rozporządzenia w sprawie dokumentacji, w szczególności te wynikające z rozdziału 9 „Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej”. Tym samym, gdy oferent deklarując spełnianie któregoś z warunków wymaganych bądź rankingujących, nie zapewnia, iż wszystkie wymogi w zakresie realizacji tego zadeklarowanego warunku są spełnione (w omawianym przypadku brak udokumentowania w jakikolwiek sposób formy współpracy z podmiotem trzecim), naraża się na zarzut, iż w ogóle nie spełnia zadeklarowanego warunku. W konsekwencji komisja konkursowa podejmuje decyzje o odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy tj. podania nieprawdziwych informacji.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Fundusz Zdrowia zgadza się zatem z decyzją komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 o odrzuceniu oferty Odwołującego Katarzyny Stachnik

z powodu podania w jej treści nieprawdziwych informacji. Odwołujący deklarując spełnianie warunku podlegającego ocenie i powołując się przy tym na współpracę z podmiotem trzecim, winien zapewnić komisji konkursowej możliwość prawnej i faktycznej weryfikacji spełniania ocenianego warunku. Innymi słowy, poprzez brak co najmniej upoważnienia (o czym stanowi przepis 81 § ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) komisja konkursowa pozbawiona była możliwości sprawdzenia, czy Odwołujący deklarując prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, korzystając w tym zakresie z usług podmiotu Digital-Center Sp. z o.o., faktycznie spełnia ten warunek w należyтым stopniu. Poza wszelką wątpliwością pozostaje jednak fakt, iż w sytuacji, gdy Odwołujący zadeklarował zapewnianie przedmiotowego odwzorowania korzystając w tym zakresie z usług podmiotu trzeciego, winien udokumentować współpracę z tym podmiotem. W przeciwnym razie, oferent uczestniczący w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, deklarujący spełnianie warunku dodatkowo ocenianego (który to warunek nie jest *stricte* związany z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej) niesłusznie otrzymałby punkty przewidziane za spełnianie zadeklarowanego warunku. Powyższe stoi w sprzeczności z zasadami pewności, gwarancji i zachowania uczciwej konkurencji obowiązującymi w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Już bowiem w dacie składania oferty musi być pewne, że zobowiązania przedstawione w ofercie będą możliwe do wykonania i będą wykonane (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2011 r.; sygn. akt: II GSK 373/10). Trudno zatem mówić o pewności w sytuacji, gdy komisja konkursowa nie ma możliwości zweryfikowania podmiotu trzeciego gdyż Odwołujący nie posiada dokumentu potwierdzającego współpracę z tym podmiotem.

Odnosząc się do kolejnego argumentu Odwołującego Katarzyny Stachnik Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podziela stanowisko wyrażone w piśmie Ministerstwa Zdrowia z dnia 8 września 2017 roku znak UZ-PR.716.191.2017 MM IK:1061662, w którym stwierdza się między innymi, iż „świadczenia związane z przetwarzaniem dokumentacji medycznej nie są świadczeniami opieki zdrowotnej. Nie stosuje się do nich zatem przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wydanych na jej podstawie ogólnych warunków umów regulujących kwestie wykonywania części umowy przez podwykonawcę”.

Ustosunkowując się do argumentu zgodnie z którym Odwołujący działając w oparciu o przepis art. 149 ust. 3 Ustawy jest uprawniony do uzupełnienia braków w ofercie, wyjaśnić należy, iż przepis ten kompetencję do wzywania oferentów do uzupełnienia stwierdzonych w ofercie braków formalnych daje komisji konkursowej, a nie oferentom. Zgodnie z brzmieniem § 18 zarządzenia Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oferent może uzupełnić złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że oddział Funduszu otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie winno być oznaczone w taki sam sposób jak oferta oraz dodatkowo zawierać wskazanie „UZUPEŁNIENIE OFERTY”. Uzupełnienie o którym mowa w art. 149 ust. 3 Ustawy dotyczy zaś wyłącznie braków formalnych oferty.

Odnosząc się do zarzutu, iż wynik postępowania konkursowego stanowi konsekwencję naruszenia zasady równego traktowania świadczeniodawców oraz niezachowania przez komisję konkursową zasady zachowania uczciwej konkurencji wyjaśnić należy, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 spośród 12 oferentów, którzy złożyli oferty, tylko 3 oferentów (spółka Asgo Sp. z o.o. sp.k., Katarzyna Stachnik oraz spółka Rehasol Clinic Sp. z o.o.) odpowiedziało pozytywnie na pytanie o prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub o prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku. Oferty Odwołujących spółki Asgo Sp. z o.o. sp.k. oraz Katarzyny Stachnik zostały odrzucone z tego samego powodu, tj. braku umowy/upoważnienia określającego reguły współpracy tych oferentów z podmiotem trzecim wykonującym dla nich digitalizację zdjęć RTG. Oferta trzeciego podmiotu, spółki Rehasol Clinic Sp. z o.o. została odrzucona z powodu niezapewnienia odwzorowania cyfrowego zdjęć RTG w standardzie DICOM. Uwzględniając powyższy stan faktyczny nie budzi wątpliwości, iż wskazani wyżej oferenci, którzy odpowiedzieli pozytywnie na pytanie o prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej podlegali weryfikacji w takim samym zakresie i z uwzględnieniem spełniania tych samych kryteriów, co w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jednoznacznie przemawia przeciwko sformułowanemu przez

Odwołującego stanowisku o nierównym traktowaniu uczestników postępowania konkursowego nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01.

Ustosunkowując się do wyartykułowanego przez Odwołującego zarzutu zgodnie z którym postępowanie komisji konkursowej naruszyło dobra osobiste Odwołującego wyjaśnić należy, iż twierdzenie to nie znajduje odzwierciedlenia w zaistniałym stanie faktycznym. Wyjaśnić bowiem należy, iż zgodnie z treścią art. 23 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 459), dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach. Jednocześnie wskazać należy, iż dla uznania naruszenia dobra osobistego nie jest wystarczające powołanie się na bliżej niesprecyzowane naruszenie „dóbr osobistych”, rozumiane jako jakaś krzywda, dyskomfort, ujemne przeżycie psychiczne (*por. Komentarz do art. 23 [w]: Kodeks Cywilny. Komentarz. Część ogólna, Warszawa 2014*). Nie sposób mówić o naruszeniu dóbr osobistych w sytuacji, gdy oferta numer 15-17-000788[05/1]-0002/00 została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, zaś zasadność tego odrzucenia potwierdza argumentacja przytoczona w zawiadomieniu Oferenta o odrzuceniu oferty oraz w niniejszym uzasadnieniu. W też kontekście należy mieć na uwadze, iż Narodowy Funduszu Zdrowia jako główny organizator i koordynator udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie finansowania ma określone kompetencje zarówno w zakresie przeprowadzania konkursów, prowadzenia rokowań i zawierania umów (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r.; sygn. akt: IV CSK 550/15). Nie ulega wątpliwości, iż rolą Funduszu jest w szczególności zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie. Konsekwencją powyższego jest fakt, iż stroną zawartych z Funduszem umów winny być podmioty należycie przygotowane do realizacji przedmiotowych świadczeń.

Odnosząc się wreszcie do zarzutów i argumentów podniesionych przez Odwołującego Asgo Sp. z o.o. sp. k. wskazać należy co następuje.

Odwołujący Asgo Sp. z o.o. sp.k. w części VIII. ANKIETY formularza ofertowego, rozdziale 2.5 POZOSTAŁE WARUNKI, punkt 2.5.3 „Prowadzenie dokumentacji medycznej”, zadeklarował prowadzenie indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku. W związku z

powyższym, komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie w dniu 11 sierpnia 2017 roku wezwała Odwołującego do złożenia pisemnych wyjaśnień potwierdzających prowadzenie przez niego elektronicznej dokumentacji medycznej, w sposób zgodny z brzmieniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, które to rozporządzenie określa wymogi prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Komisja konkursowa wezwała zatem Odwołującego do złożenia pisemnych wyjaśnień w przedmiocie:

- a) sposobu identyfikacji osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i sposobu dokumentowania dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych,
- b) sposobu odwzorowywania cyfrowego dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej właśnie postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, oraz sposób umieszczania odwzorowanej dokumentacji w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej. Oferent winien zapewnić wykonanie odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych z zachowaniem formatu DICOM,
- c) informacji na temat metod i środków stosowanej ochrony dokumentacji medycznej;
- d) informacji na temat dokonywanych analiz zagrożeń,
- e) procedury zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedury dostępu oraz przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej,
- f) okresowych ocen skuteczności działania organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia dokumentacji,
- g) planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji,
- h) informacji na temat sposobu składania oraz weryfikowania przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego podpisów osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

Odpowiadając na wezwanie komisji konkursowej Odwołujący Asgo Sp. z o.o. sp.k. wyjaśnił, iż w przypadku, gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być

dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Odwołujący podkreślił, iż w przypadku dokumentacji papierowej (opis badań, wyniki badań) wykonywany jest skan dokumentacji, natomiast w przypadku badań obrazowych dostarczanych przez pacjenta, a nie zleczanych przez jednostkę, dołączany jest opis badania sporządzony przez radiologa, a klisza zwracana jest pacjentowi, który jest jej właścicielem. Jeżeli zachodzi potrzeba dołączenia do dokumentacji odwzorowania cyfrowego zdjęć RTG, usługa odwzorowania cyfrowego zlecana jest podmiotowi, który zajmuje się profesjonalną digitalizacją dokumentacji, w tym klisz rentgenowskich tj. Digital-Center Sp. z o.o. z siedzibą w Złotnikach, przy ul. Krzemowej 1. Następnie otrzymane zdjęcie zapisane w formacie zapewniającym bezstratne odwzorowanie treści konwertowane jest do formatu DICOM przy użyciu oprogramowania MicroDicom firmy MicroDicom.

Kolejno w dniu 17 sierpnia 2017 roku, komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 przeprowadziła weryfikację miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie Odwołującego. W treści protokołu weryfikacji oferty przytoczono między innymi oświadczenie Odwołującego w którym wyjaśnił, iż „odwzorowanie dokumentacji indywidualnej zewnętrznej – zdjęć RTG analogowych następuje za pośrednictwem firmy zewnętrznej Digital-Center Sp. z o.o. z siedzibą w Złotnikach. Oferent oświadcza, że nie posiada umowy w tym zakresie gdyż firma świadczy usługi ogólnodostępne”. Protokół weryfikacji Odwołującego, zawierający powyżej przytoczoną treść został podpisany zarówno przez zespół weryfikujący, jak i przez Odwołującego.

Odnosząc się do argumentów Odwołującego Asgo Sp. z o.o. sp.k. przywoływanych zarówno w proteście na czynność odrzucenia oferty, jak i w odwołaniu wskazać należy na brzmienie § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zgodnie z którym w przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Z treści przywołanego przepisu jednoznacznie wynika, iż odwzorowanie cyfrowe dołączonej dokumentacji utworzonej w innej postaci, w

tym zdjęcia radiologiczne dokonuje osoba upoważniona przez podmiot (świadczeniodawcę). Powyższe oznacza, iż świadczeniodawca zlecający wykonanie odwzorowania cyfrowego dokumentacji medycznej winien, co najmniej upoważnić podmiot wykonujący to odwzorowanie do prowadzonej czynności. Powyższe stwierdzenie uzasadnia również fakt, iż zdjęcie RTG stanowi część dokumentacji medycznej (co wynika chociażby z brzmienia przywołanego przepisu § 81 ust. 1), której udostępnianie, na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podlega daleko idącym restrykcjom. Jakakolwiek termin udostępnianie, który został użyty w art. 26 przywołanej ustawy, nie został powtórzony w § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, to jednak nie ulega wątpliwości, iż świadczeniodawca dokonujący digitalizacji zdjęcia RTG przy udziale podmiotu trzeciego, musi temu podmiotowi zapewnić dostęp do tego elementu dokumentacji medycznej. Uwzględniając zatem fakt, iż odwzorowanie cyfrowe dokumentacji medycznej dokonuje osoba upoważniona, jak również to, iż odwzorowaniu podlega element dokumentacji medycznej stwierdzić należy, iż upoważnienie winno co najmniej określać elementy regulujące kwestie ważności upoważnienia, jego zakres oraz zasady i zachowania poufności danych przez pracowników podmiotu dokonującego digitalizacji. Co więcej, powyższe stanowisko, w opinii Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, znajduje potwierdzenie piśmnie, załączonym do odwołania przez Odwołującego spółkę ASGO Sp. z o.o. sp.k., Ministerstwa Zdrowia z dnia 8 września 2017 roku znak UZ-PR.716.191.2017 MM IK:1061662. Stwierdza się w nim między innymi, iż „w kwestii prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej i sposobu przetwarzania odwzorowania cyfrowego klisz RTG, (...) zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (...), do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w przedmiotowej ustawie, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:

- 1) osoby wykonujące zawód medyczny;
- 2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych”.

Z brzmienia przywołanego przepisu, podobnie jak z przepisu § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wprost wynika, iż przetwarzanie dokumentacji medycznej odbywa się na podstawie upoważnienia administratora danych, którym w tym przypadku, zgodnie z brzmieniem art. 7 pkt 4 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U z 2016 r., poz. 922) jest świadczeniodawca/Odwołujący. Stwierdzić zatem należy, iż zlecenie czynności przetwarzania dokumentacji medycznej np. digitalizacji zdjęć RTG winno odbywać się, w sposób sformalizowany, w oparciu o co najmniej upoważnienie udzielone przez zlecającego podmiotowi trzeciemu. Nie można zatem zgodzić się z kategorycznie wyrażonym w odwołaniu stwierdzeniem, iż „żaden przepis prawa nie zobowiązuje świadczeniodawców do dokumentowania współpracy w tym zakresie”.

Odnosząc się do kolejnego argumentu Odwołującego spółki Asgo Sp. z o.o. sp.k. zwrócić należy uwagę, iż komisja konkursowa nie kwestionowała możliwości zlecenia podmiotowi trzeciemu wykonywania czynności związanych z przetwarzaniem dokumentacji medycznej, a jedynie twierdziła, że współpraca taka winna mieć charakter sformalizowany choćby po to, by zapewnić należyłą ochronę danych osobowych wrażliwych, które udostępniane są, nawet jeśli na krótki czas, osobie wykonującej czynność digitalizacji. Nadto udokumentowanie współpracy z podmiotem trzecimi umożliwiłoby komisji konkursowej, bez żadnych wątpliwości ustalić, że Odwołujący spełnia deklarowany warunek.

Ustosunkowując się do wielokrotnie powtarzanego i podkreślanego przez Odwołującego spółkę Asgo Sp. z o.o. sp.k. stwierdzenia, zgodnie z którym „...osoba upoważniona przez Oferenta udaje się osobiście...”, „...klisza i płyta są niezwłocznie zwracane osobie upoważnionej”, stwierdzić należy, iż przepis § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania odnosi się do podmiotu trzeciego (w tym przypadku spółki Digital-Center Sp. z o.o.), któremu to Odwołujący winien udzielić upoważnienia. Również przywołany przepis z art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta mówi o upoważnieniu przez administratora danych dla innej osoby wykonującej czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Tym samym, nie można zgodzić się z przywołanym wyżej stwierdzeniami Odwołującego, z których wynika, iż termin „upoważniony” odnosi do zatrudnianego przez siebie pracownika. W tym miejscu, na marginesie powyższych wyjaśnień stwierdzić należy, iż zawarte w odwołaniu stwierdzenie, zgodnie z którym „Spółka Digital-Center Sp. z o.o. dokonując

digitalizacji kliszy RTG nie uzyskuje żadnych danych wrażliwych pacjenta, nie zachowuje i nie gromadzi żadnych danych zawartych na kliszy RTG, a całość wykonania usługi trwa kilka minut i odbywa się pod stałym nadzorem osoby upoważnionej” nie może zostać zweryfikowane właśnie ze względu na brak dokumentu (upoważnienia/umowy), który określałby czynności, ich zakres i sposób ochrony elementu dokumentacji medycznej w trakcie jego przetwarzania. Nadto nie można wykluczyć, że w trakcie przetwarzania elementu dokumentacji medycznej przez podmiot trzeci, plik z przetworzonym elementem nie zostanie zapisany w systemie informatycznym podmiotu dokonującego przetworzenia.

Z wyżej opisanego powodu (brak upoważnienia/umowy z podmiotem trzecim) Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie zgadza się z twierdzeniem zawartym w odwołaniu, iż opisana przez Odwołującego procedura dokonywania digitalizacji elementów dokumentacji medycznej zgodna jest z obowiązującymi przepisami, a w szczególności z § 81 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Odnosząc się do kolejnego argumentu Odwołującego Asgo Sp. z o.o. sp.k. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podziela stanowisko wyrażone w piśmie Ministerstwa Zdrowia z dnia 8 września 2017 roku znak UZ-PR.716.191.2017 MM IK:1061662, w którym stwierdza się między innymi, iż „świadczenia związane z przetwarzaniem dokumentacji medycznej nie są świadczeniami opieki zdrowotnej. Nie stosuje się do nich zatem przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wydanych na jej podstawie ogólnych warunków umów regulujących kwestie wykonywania części umowy przez podwykonawcę.

Uwzględniając opisany wyżej stan faktyczny i prawny zwrócić należy uwagę, iż prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej stanowi warunek dodatkowo oceniany („rankingujący”). Jednakże oczywistym jest, iż świadczeniodawca, który chce korzystać z dobrodziejstw wynikających z deklarowania spełniania określonych kryteriów wyboru oferty, zobowiązany jest do ich spełnienia. Za niedopuszczalną uznać bowiem należy sytuację, w której komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej miałaby zaniechać weryfikacji prawdziwości podanych w ofertach informacji jeżeli informacje te dotyczyłyby wyłącznie warunków rankingujących. Takie działanie komisji konkursowej mogłoby zachęcać oferentów do podawania w ofercie danych umożliwiających zyskanie większej liczby

punktów pomimo rzeczywistego braku zapewniania zadeklarowanych w ofercie warunków. Oferta winna bowiem zawierać dane prawdziwe już w dniu jej składania. Oferent biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zadeklarować spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, związanego z prowadzeniem indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej, wtedy, gdy spełnia wszystkie warunki wynikające z rozporządzenia w sprawie dokumentacji, w szczególności te wynikające z rozdziału 9 „Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej”. Tym samym, gdy oferent deklarując spełnianie któregoś z warunków wymaganych bądź rankingujący nie zapewnia, iż wszystkie wymogi w zakresie realizacji tego, zadeklarowanego warunku są spełnione (w omawianym przypadku brak sformalizowanej formy współpracy z podmiotem trzecim) naraża się na zarzut, iż w ogóle nie spełnia zadeklarowanego warunku. W konsekwencji komisja konkursowa podejmuje decyzje o odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy tj. podania nieprawdziwych informacji.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zgadza się zatem z decyzją komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 o odrzuceniu oferty Odwołującego Asgo Sp. z o.o. sp.k. z powodu podania w jej treści nieprawdziwych informacji. Odwołujący deklarując spełnianie warunku podlegającego ocenie i powołując się przy tym na współpracę z podmiotem trzecim, winien zapewnić komisji konkursowej możliwość prawnej i faktycznej weryfikacji spełniania ocenianego warunku. Innymi słowy, poprzez brak co najmniej upoważnienia (o czym stanowi przepis 81 § ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania), komisja konkursowa pozbawiona była możliwości sprawdzenia, czy Odwołujący deklarując prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, korzystając w tym zakresie z usług podmiotu Digital-Center Sp. z o.o. faktycznie spełnia ten warunek w należyтым stopniu. Poza wszelką wątpliwością pozostaje jednak fakt, iż w sytuacji, gdy Odwołujący zadeklarował zapewnianie przedmiotowego odwzorowania korzystając w tym zakresie z usług podmiotu trzeciego winien udokumentować współpracę z tym podmiotem. W przeciwnym razie, oferent uczestniczący w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, deklarujący spełnianie warunku dodatkowo ocenianego (który to warunek nie jest *stricte* związany z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej) niesłusznie otrzymałby punkty

przewidziane za spełnianie zadeklarowanego warunku. Powyższe stoi w sprzeczności z zasadami pewności, gwarancji i zachowania uczciwej konkurencji obowiązującymi w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Już bowiem w dacie składania oferty musi być pewne, że zobowiązania przedstawione w ofercie będą możliwe do wykonania i będą wykonane (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2011 r.; sygn. akt: II GSK 373/10). Trudno zatem mówić o pewności w sytuacji, gdy komisja konkursowa nie ma możliwości zweryfikowania podmiotu trzeciego gdyż Odwołujący nie posiada dokumentu potwierdzającego współpracę z tym podmiotem.

Biorąc powyższe ustalenia pod uwagę stwierdzić należy, iż Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatrując odwołania wniesione przez Martę Bogusz-Czerniewicz i Karolinę Bogusz, spółkę NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o., spółkę ASGO Sp. z o.o. sp.k. oraz Katarzynę Stachnik ustalił, że komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000788/REH/05/1/05.2300.022.02/01 nie dopuściła się naruszenia zasad prowadzenia postępowania. W odwołaniu żaden z Odwołujących nie wykazał w jakikolwiek sposób, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym w sposób naruszający interes prawny któregośkolwiek z Odwołujących. Jako że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego żadnego z Odwołujących wskutek naruszenia przez komisję konkursową zasad postępowania, brak jest podstaw do uwzględnienia któregośkolwiek ze złożonych odwołań. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

*Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia*

Hanna Philips

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 14 egzemplarzach:

1. Marta Bogusz-Czerniewicz, Karolina Bogusz s.c. - 1 egz.,
2. NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. - 1 egz.,
3. "REHAB CENTRUM Sp. z o.o. sp.k. - 1 egz.,
4. Anna Zgolak - 1 egz.,
5. CENTERMED Poznań Sp. z o.o. - 1 egz.,
6. Centrum Medyczne "HIPOKRATES" - 1 egz.,
7. Mariusz Posłuszny - 1 egz.,
8. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - 1 egz.,
9. Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych - 1 egz.,
10. ASGO Sp. z o.o. sp.k. 1 egz.,
11. Kamila Jakubowska-Banaszak Radca prawny Jakubowska-Banaszak, Ostojski i Partnerzy spółka partnerska - 1 egz.,
12. a/a. - 2 egz.

Opracował: Michał Badowski – Wydział Organizacyjny.