

WO.422.86.2017

Poznań, dnia 28 września 2017 r.

DECYZJA NR 77/2017/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 2017 r. poz. 1257), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania nr 15-17-000785/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, wniesionego przez Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. z siedzibą w Wrocławiu przy ul. Gen. R. Traugutta 57/59, postanawiam

oddalić odwołanie w całości.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej zwanej „Ustawą”), oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 12 lipca 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000785/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 w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów: gostyński, kościański, leszczyński, Miasto Leszno, rawicki, wolsztyński.

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 210 560 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 9 (słownie: dziewięć).

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 14 września 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Bonifaterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym Odwołujący zarzuca komisji konkursowej:

1. Niewłaściwe zastosowanie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy i odrzucenie złożonej przez odwołującego oferty oraz brak możliwości dokonania przez Odwołującego zmiany treści oferty w zakresie informacji o prowadzeniu indywidualnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej pomimo wniosku Świadczeniodawcy.

2. Niezastosowanie art. 153 ust. 6 Ustawy i brak uwzględnienia uzasadnionego protestu oraz oceny i uwzględnienia oferty Spółki, pomimo tego, że nie zawierała ona nieprawdziwych informacji. Zdaniem Odwołującego nie jest uzasadnione przyjęcie, że przedstawione przez pacjenta zdjęcia radiologiczne w formie tradycyjnej muszą być koniecznie włączane do dokumentacji medycznej przez ich konwersję na format elektroniczny. Ponadto Odwołujący zarzucił, że nie jest uprawnione przyjęcie formatu DICOM jako jedynej możliwości ich utrwalenia, przechowywania oraz udostępniania oświadczając, że dysponuje możliwością ich zaimportowania do postaci elektronicznej w formie skanu lub pliku co oznacza, że prowadzi on prawidłowo indywidualną dokumentację medyczną w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej.

3. Naruszenie art. 134 ust. 1 oraz ust. 2 Ustawy przez nierówne traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy wyrażające się w stosowaniu wobec Spółki wymogów niewyrażonych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych w oparciu nieupublicznione stanowiska organów administracji i wykładnie wymogów prowadzenia dokumentacji medycznej niestosowaną przez inne Oddziały wojewódzkie Funduszu w zakresie dysponowania sprzętem umożliwiającym zeskanowanie dokumentu (zdjęcia radiologicznego w formie analogowej) do formatu DICOM.

Wskazując na powyższe zarzuty Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie z nim postępowania w trybie rokowań. Ponadto wniósł o udostępnienie dokumentacji konkursowej wszystkich stron postępowania.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą, pismami z dnia 15 września 2017 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „k.p.a.”, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. W dniu 20 września 2017 roku z uprawnienia tego skorzystał Odwołujący. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 28 września 2017 roku.

W dniu 25 września 2017 r. wpłynęło pismo Oferenta w postępowaniu zainicjonowanym odwołaniem od rozstrzygnięcia postępowania, w którym Odwołujący:

- podtrzymał złożone odwołanie wskazując, że uzyskane informacje dodatkowo wskazują na zasadność zarzutu nierównego traktowania i prowadzenia postępowania w sposób nie gwarantujący uczciwej konkurencji, z uwagi na:

- bezzasadne uwzględnienie protestu Szpitala Powiatowego w Rawiczu, który zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, który w proteście wskazał, że pytanie ankietowe nie odnosi się do digitalizacji zdjęć ani standardu ich odwzorowywania w formie elektronicznej,
- bezpodstawne przyjęcie przez komisję i stosowanie arbitralnych kryteriów oceny ofert i w praktyce dowolne ich odrzucanie lub odejmowanie punktów za odpowiedzi uznawane za niezgodne z rzeczywistością;

- zarzucił naruszenie zasady jawności postępowania, skodyfikowanej w art. 135 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 Ustawy, co przejawiało się w braku udostępnienia Odwołującemu pełnej dokumentacji postępowania – wskazując, że nie przekazano w szczególności rankingów otwarcia a jedynie ranking końcowy, co utrudnia dowiedzenie, że w wypadku braku odrzucenia oferty Spółki jej oferta zostałaby wybrana.

- podtrzymał w całości zarzuty wniesionego odwołania, wskazując, że odmienne, odpowiednio wnikliwe potraktowanie ofert innych oferentów (a nie tylko Odwołującego) musiałoby doprowadzić do odrzucenia wszystkich złożonych ofert na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy i ponowienia postępowania. Pośrednio wskazuje to na wyjątkową surowość Komisji jedynie względem oferty Oferenta i wynikające stąd nierówne

jej traktowanie jako oferenta, wybiórcze stosowanie przyjętych wobec Spółki zasad postępowania i automatycznie prowadzenie przedmiotowego postępowania w sposób nie gwarantujący uczciwej konkurencji.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania numer 15-17-000785/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 na obszarze: gostyński, kościański, leszczyński, Miasto Leszno, rawicki, wolsztyński, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołującego w złożonym przez niego odwołaniu oraz w piśmie złożonym w trakcie prowadzonego postępowania administracyjnego Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000785/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 na obszarze powiatów gostyński, kościański, leszczyński, Miasto Leszno, rawicki, wolsztyński złożonych zostało dziewięć ofert: Odwołujący oraz:

1. oferta numer: 15-17-000785[05/1]-0001/00 złożona przez Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej ul. Zamkowa 2, 64-113 Osieczna;
2. oferta numer: 15-17-000785[05/1]-0002/00 złożona przez Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz;
3. oferta numer: 15-17-000785[05/1]-0003/00 złożona przez Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie, Pl. Paderewskiego 1a, 64-000 Kościan;
4. oferta numer: 15-17-000785[05/1]-0004/00 złożona przez Lidię Kwiatkowską, ul. Św. Józefa 5, 64-100 Leszno;
5. oferta numer: 15-17-000785[05/1]-0005/00 złożona przez Jolantę Aleksanderek, ul. Grota Roweckiego 9k, 63-900 Rawicz;
6. oferta numer: 15-17-000785[05/1]-0006/00 złożona przez SPZOZ Centrum Rehabilitacji Medycznej i Ośrodek Osób Niepełnosprawnych, ul. Przyjmy Przyjemskiego 22, 63-900 Rawicz;
7. oferta numer: 15-17-000785[05/1]-0007/00 złożona przez Leszczyńskie Centrum Medyczne "Ventriculus" Spółka z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;
8. oferta numer: 15-17-000785[05/1]-0009/00 złożona przez Ośrodek Rehabilitacyjny w Kościanie, ul. Bączkowskiego 11/A, 64-000 Kościan.

Postępowanie nr 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522 ze zm.),

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t. j.: Dz. U. z 2016 r. poz. 1146);
- zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zm.;
- zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmienione zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 roku 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 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01, działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy w dniu 21 kwietnia 2017 roku odrzuciła oferty złożone przez Odwołującego oraz Oferenta Lidię Kwiatkowską. Również oferta Oferenta Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. została odrzucona, jednakże po wniesieniu protestu, a następnie jego uwzględnieniu, komisja konkursowa wykonując czynności sprawdzające ustaliła, że Oferent ten spełnia warunek dotyczący 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.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 7 (słownie: siedem) oferentów, jako spełniających wymagane warunki formalne:

1. Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej ul. Zamkowa 2, 64-113 Osieczna;
2. Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz;
3. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielańskiego w Kościanie, Pl. Paderewskiego 1a, 64-000 Kościan;
4. Jolanta Aleksanderek, ul. Grota Roweckiego 9k, 63-900 Rawicz;
5. SPZOZ Centrum Rehabilitacji Medycznej i Ośrodek Osób Niepełnosprawnych, ul. Przyjmy Przyjemskiego 22, 63-900 Rawicz;

6. Leszczyńskie Centrum Medyczne "Ventriculus" Spółka z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;
7. Ośrodek Rehabilitacyjny w Kościanie, ul. Bączkowskiego 11/A, 64-000 Kościan.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 5 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 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),
- 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) 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 (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 pkt),
- posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (1 pkt),
- posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1 pkt),
- prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej:
 - 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 (2 pkt);
 - 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 (4 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 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 – 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 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 lub 6 pkt),
5. 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).
6. inne warunki oceniane, tj.: współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2 pkt),
7. 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 pkt).
- 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 x C_{NFZ} ,

C_{min} - 0,9 x 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

W tym miejscu należy wskazać, że komisja konkursowa po otwarciu i wstępnym zapoznaniu się ze złożonymi ofertami w postępowaniu nr 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01 podjęła szereg uchwał dotyczących sposobu przeprowadzania weryfikacji ofert pod względem merytorycznym, w tym spełniania warunków wymaganych oraz rankingujących określonych w przepisach na podstawie, których prowadzono przedmiotowe postępowanie.

Komisja konkursowa zajęła stanowisko w przedmiocie konieczności zapewnienia odwzorowania zdjęć radiologicznych z zachowaniem standardu DICOM przez oferentów deklarujących w części VIII. Ankiety formularza ofertowego prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań, co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.

Komisja konkursowa dokonując oceny ofert pod względem spełniania warunku, o którym mowa powyżej brała pod uwagę w szczególności okoliczność, iż wymagania dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) zatytułowanego „Szczegółowe wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej”. Na mocy § 81 ust. 1 powyższego rozporządzenia 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. Standardem udostępniania, przechowywania i interpretowania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, to także odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonane z zachowaniem formatu DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine).

Zgodnie z treścią stanowiska zajętego przez Departament Ubezpieczeń Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 roku (znak: UZ-ZR.7101.57.2017.SK), obrazy zapisane w postaci elektronicznej, które są częścią dokumentacji medycznej, przekazywane i archiwizowane są w standardzie DICOM zgodnym z normą ISO 12052. Jeżeli oferent zadeklarował „prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej”, to powinien prowadzić indywidualną dokumentację medyczną w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym zapewniającym eksport całości danych w formacie określonym w przepisach, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych jest standard DICOM.”

Na podstawie powyższego stanowiska na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego zamieszczono komunikat dla oferentów (artykuł nr 12675 z dnia 12 kwietnia 2017 roku), zgodnie z którym oferent, który w składanej ofercie deklaruje spełnianie warunku związanego z prowadzeniem indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, winien dysponować urządzeniem, które zapewnia możliwość odwzorowania cyfrowego zdjęcia radiologicznego z zachowaniem formatu DICOM.

Mając powyżej opisane przepisy i stanowiska na uwadze komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytania ankietowe zawarte w części VIII. Ankiety formularza ofertowego.

- 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 (w szczególności gdy oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego czy też sytuację, gdy przedłożone przez oferenta wyjaśnienia nie potwierdzają dokonanych przez komisję konkursową ustaleń) 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;

- w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) - wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, że nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany

- w przypadkach gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnienie 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 Funduszu (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 stosownych 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, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Dnia 04 września 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000785/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:

1. Leszczyńskie Centrum Medyczne "Ventriculus" Spółka z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;
2. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie, Pl. Paderewskiego 1a, 64-000 Kościan;
3. Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz;
4. Ośrodek Rehabilitacyjny w Kościanie, ul. Bączkowskiego 11/A, 64-000 Kościan;
5. Jolanta Aleksanderek, ul. Grota Roweckiego 9k, 63-900 Rawicz;
6. SPZOZ Centrum Rehabilitacji Medycznej i Ośrodek Osób Niepełnosprawnych, ul. Przyjmy Przyjemskiego 22, 63-900 Rawicz;
7. Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej ul. Zamkowa 2, 64-113 Osieczna;

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01. ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						DECYZJA O WYBRANIU OFERT
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW	
Leszczyńskie Centrum Medyczne "Ventriculus" Sp.z o.o	10	4	2	30	6	52	TAK
Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie	5	6	0	32	0	43	TAK
Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.	10	0	0	28	5	43	TAK
Ośrodek Rehabilitacyjny w Kościanie	10	4	2	20	5	41	TAK
Jolanta Aleksanderek	10	4	2	12	5	33	TAK
SPZOZ Centrum Rehabilitacji Medycznej i Ośrodek Osób Niepełnosprawnych	5,5	6	0	12	5	28,5	TAK
Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej	5	4	2	6	5	22	TAK

Na pytania ankietowe z części VIII. FORMULARZA OFERTOWEGO ANKIETY oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie

10

świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, uwzględnieni w rankingu końcowym, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent Leszczyńskie Centrum Medyczne "Ventriculus" Sp.z o.o

W zakresie kryterium kompleksowości :

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co otrzymał **2 punkty**,
- 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 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 - w równoważniku co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu , za co otrzymał **4 punkty**,
- zadeklarował fizjoterapeutę - w równoważniku co najmniej 2 etatów, co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową i po uzyskaniu dodatkowych wyjaśnień zmieniono odpowiedź na NIE, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii – w miejscu udzielania, za co otrzymał **3 punkty**,
- zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **3 punkty**,
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **6 punktów**,
- zadeklarował masażystę w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował terapeutę zajęciowego – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował logopedę, 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), zwany dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym - co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową wskutek czego zmieniono odpowiedź na NIE, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało 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 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 udaremnienia 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 przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło 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) łuszczykowe zapalenie stawów – M07, e) toczeń rumieniowaty układowy – M32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe – M33, g) dna moczanowa – M10, h) zespół Sjögrena – 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 (realizacja dla co najmniej 8 lub 12 rozpoznań) - za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**,
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **2 punkty**,
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował kriokomory ogólnoustrojowej w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu 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, ani 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 szkolenie specjalizacyjne 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 odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów, za co otrzymał **1 punkt**;
- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – 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 oferent 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 ponad 70% bądź ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,9 zł, za co otrzymał 10 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie

W zakresie kryterium kompleksowości :

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co otrzymał 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 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 - w równoważniku co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **4 punkty**,

- zadeklarował fizjoterapeutę - w równoważniku co najmniej 2 etatów, za co otrzymał **3 punkty**,
- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalista w dziedzinie pediatrii – w miejscu udzielania, za co otrzymał nie otrzymał punktów,
- zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **3 punkty**,
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **6 punktów**,
- zadeklarował masażystę w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował terapeutę zajęciowego – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował 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), zwany dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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 obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało 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 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 udaremnienia 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 przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło 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,
- pierwotnie zadeklarował realizację dla co najmniej 12 rozpoznań wykonanych 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 - co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową wskutek czego zmieniono odpowiedź na „co najmniej 8 rozpoznań”, za co otrzymał **4 punkty**,
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**,
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **2 punkty**,
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,

- nie zadeklarował aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował kriokomory ogólnoustrojowej w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu 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, ani 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 szkolenie specjalizacyjne 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 odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów, za co otrzymał nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6 punktów**,
- nie zadeklarował rozliczenia ponad 70% bądź ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

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

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o

W zakresie kryterium kompleksowości :

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co otrzymał 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 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 - w równoważniku co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu , za co otrzymał **4 punkty**,
- zadeklarował fizjoterapeutę - w równoważniku co najmniej 2 etatów, za co otrzymał **3 punkty**,
- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii – w miejscu udzielania, za co otrzymał **3 punkty**,
- zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **3 punkty**,
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **6 punktów**,
- zadeklarował masażystę w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował terapeutę zajęciowego – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował 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), zwany dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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 obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało 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 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 udaremnienia 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 przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło 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 (realizacja dla co najmniej 8 lub 12 rozpoznań) - za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **2 punkty**,
- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował kriokomory ogólnoustrojowej w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu 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,
- 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, co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję i po podjęciu dodatkowych czynności przez komisję ustalono, że spełnia ten warunek, za co otrzymał **2 punkty**,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenie specjalizacyjne 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 odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – 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 oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, 10 lat, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia ponad 70% bądź ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,9 zł, za co otrzymał 10 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Ośrodek Rehabilitacyjny w Kościanie

W zakresie kryterium kompleksowości :

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co otrzymał **2 punkty**,
- 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 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 - w równoważniku co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **4 punkty**,
- zadeklarował fizjoterapeutę - w równoważniku co najmniej 2 etatów, za co otrzymał **3 punkty**,
- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii – w miejscu udzielania, co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową i po uzyskaniu dodatkowych wyjaśnień zmieniono odpowiedź na NIE, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **3 punkty**,
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **6 punktów**,
- zadeklarował masażystę w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował terapeutę zajęciowego – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował 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), zwany dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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 obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało 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 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 udaremnienia 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 przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło 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) 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 (realizacja dla co najmniej 8 lub 12 rozpoznań) - za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno – lub wielokomorowy – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował kriokomory ogólnoustrojowej w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował posiadanie certyfikatu 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, ani 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 szkolenie specjalizacyjne 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 odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – 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 oferent 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 ponad 70% bądź ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,9 zł, za co otrzymał 10 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Jolanta Aleksanderek

W zakresie kryterium kompleksowości :

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co otrzymał **2 punkty**,

- 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 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 - w równoważniku co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **4 punkty**,
- nie zadeklarował fizjoterapeuty - w równoważniku co najmniej 2 etatów, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalista w dziedzinie pediatrii – w miejscu udzielania, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **3 punkty**,
- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował masażysty w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował terapeutę zajęciowego – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował 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), zwany dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co

zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową wskutek czego zmieniono odpowiedź na NIE, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym - co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową wskutek czego zmieniono odpowiedź na NIE, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało 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 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 udaremnienia 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 przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło 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 Sjögrena - 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 (realizacja dla co najmniej 8 12 rozpoznań) - za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **2 punkty**,
 - zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
 - nie zadeklarował aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował kriokomory ogólnoustrojowej w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował posiadanie certyfikatu 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, ani 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 szkolenie specjalizacyjne 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 odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – 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 oferent 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 ponad 70% bądź ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,9 zł, za co otrzymał 10 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent SPZOZ Centrum Rehabilitacji Medycznej i Ośrodek Osób Niepełnosprawnych

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, 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 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 - w równoważniku co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował fizjoterapeuty - w równoważniku co najmniej 2 etatów, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalista w dziedzinie pediatrii - w miejscu udzielania, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **3 punkty**,
- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował masażystę w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,

- nie zadeklarował dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował terapeutę zajęciowego – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował logopedę, 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), zwany dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty - co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową wskutek czego zmieniono odpowiedź na NIE, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym - co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową wskutek czego zmieniono odpowiedź na NIE, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało 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 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 udaremnienia 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 przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło 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 (realizacja dla co najmniej 8 lub 12 rozpoznań) - za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**,
- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **2 punkty**,
- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował kriokomory ogólnoustrojowej w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował prowadzenia 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, ani 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 szkolenie specjalizacyjne 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 odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – 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 oferent 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 punkty**,
- nie zadeklarował rozliczenia ponad 70% bądź ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,99 zł, za co otrzymał 5,5 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co otrzymał **2 punkty**.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował 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 - w równoważniku co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował fizjoterapeuty - w równoważniku co najmniej 2 etatów, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii – w miejscu udzielania, co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową i po uzyskaniu dodatkowych wyjaśnień zmieniono odpowiedź na NIE, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował masażysty w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował terapeutę zajęciowego – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował 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), zwany dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało 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 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 udaremnienia 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 przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło 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) łuszczykowe zapalenie stawów – M07, e) toczeń rumieniowaty układowy – M32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe – M33, g) dna moczanowa – M10, h) zespół Sjögrena – 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 (realizacja dla co najmniej 8 12 rozpoznań) - za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **2 punkty**,
- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- zadeklarował stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **1 punkt**,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował kriokomory ogólnoustrojowej w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia 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, ani 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 szkolenie specjalizacyjne 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 odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – 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 oferent 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 ponad 70% bądź ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

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

Oferta złożona przez Odwołującego, ze względu na fakt jej odrzucenia nie podlegała ocenie w trakcie postępowania konkursowego. Wskazać zatem należy, iż uwzględniając udzielone w ofercie odpowiedzi na pytania ankietowe, oferta Odwołującego uzyskałaby następującą liczbę punktów:

W zakresie kryterium kompleksowości :

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, za co otrzymałby **2 punkty**,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymałby punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykanej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykanej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykanej - w równoważniku co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymałby **4 punkty**,
- zadeklarował fizjoterapeutę - w równoważniku co najmniej 2 etatów, za co otrzymałby **3 punkty**,
- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii – w miejscu udzielania, za co otrzymałby **3 punkty**,
- zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej lub psychologa w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby **3 punkty**,
- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymałby punktów,

- zadeklarował masażystę w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby **1 punkt**,
- zadeklarował dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co otrzymałby **1 punkt**,
- zadeklarował terapeutę zajęciowego – równoważnik co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby **1 punkt**,
- zadeklarował logopedę, 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), zwany dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, za co otrzymałby **1 punkt**,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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 obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co 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 w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowałoby 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 skutkowałoby nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udaremnienia 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 przekazanych po raz pierwszy do rozliczenia nastąpiło 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) 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 (realizacja dla co najmniej 8 lub 12 rozpoznań) - za co nie otrzymałby punktów;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymałby **2 punkty**,
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji, za co otrzymałby **1 punkt**,
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymałby **2 punkty**,
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymałby **1 punkt**,
- zadeklarował aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymałby **1 punkt**,
- zadeklarował stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymałby **1 punkt**,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego w lokalizacji, za co nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował kriokomory ogólnoustrojowej w lokalizacji, za co nie otrzymałby punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymałby **1 punkt**,

- 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, jako, że nie spełnił tego warunku nie otrzymałby punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenie specjalizacyjne 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 odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu - za co nie otrzymał punktów, za co otrzymałby **1 punkt**;
- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – 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 oferent 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 ponad 70% bądź ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymałby punktów,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów,

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

Ponadto wskazać należy, iż wszyscy oferenci zadeklarowali, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełniają i spełniać będą 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.

Komisja konkursowa analizując ofertę złożoną przez Odwołującego w postępowaniu nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym podjęła wątpliwość co do złożonych w ofercie deklaracji. W punkcie 2.5.3. część VIII. ANKIETY Odwołujący udzielił odpowiedzi „TAK” deklarując 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, o której mowa w przepisach załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju programy zdrowotne”.

W związku z powyższą odpowiedzią w formularzu ofertowym komisja konkursowa w dniu 8 sierpnia 2017 r. poprosiła o wyjaśnienia celem zweryfikowania podanej informacji. W wezwaniu wskazano, że działając na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z przepisu art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.), Minister Zdrowia wydał w dniu 9 listopada 2015 roku rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069), które to rozporządzenie określa wymogi prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Ponadto komisja konkursowa poprosiła o wyjaśnienia 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

W odpowiedzi z dnia 11 sierpnia 2017 r. Odwołujący w odniesieniu do prowadzenia dokumentacji medycznej wskazał w szczególności, iż aktualnie brak jest obowiązku załączania dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna, w tym zdjęć radiologicznych lub dokumentacji utworzonej w postaci papierowej, zaś w przypadku konieczności zamieszczania takich danych, istotnych dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego wykorzystywany przez Odwołującego system (tj. system KS-MEDIS i KS-SOMED) umożliwia zaimportowanie tego typu danych w postaci skanu lub innego pliku.

Nadto Odwołujący wskazał, iż posiada skaner umożliwiający przeniesienie tego typu danych do pliku, jednakże nie jest to skaner umożliwiający wykonanie odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych z zachowaniem formatu DICOM, bowiem rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania nie wskazuje konkretnego formatu przechowywania danych, w tym konieczności archiwizowania tego typu danych w formacie DICOM.

Po analizie oferty i uzyskanych wyjaśnień komisja konkursowa podjęła decyzję o odrzuceniu oferty złożonej w postępowaniu konkursowym nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

W zawiadomieniu z dnia 14 sierpnia 2017 r. komisja działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy odrzuciła ofertę z powodu przekazania nieprawdziwych informacji dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej.

W dniu 22 sierpnia 2017 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynął protest, z dnia 21 sierpnia 2017 r., na czynność komisji konkursowej polegającą na odrzuceniu w całości oferty.

Powiadomieniem z dnia 25 sierpnia 2017 r. Odwołujący został poinformowany o odrzuceniu protestu. Ponadto dnia 30 sierpnia 2017 r. wpłynął wniosek Odwołującego o zmianę odpowiedzi na pytanie ankietowe.

Natomiast w dniu 14 września 2017 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01 ogłoszonego w dniu 4 września 2017 r. w sprawie wyboru oferentów wskazanych do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym. W odwołaniu podniesiono te same zarzuty, jakie sformułowano w proteście.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywołanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym wskazać należy, co następuje.

W odniesieniu do zarzutu naruszenia przez komisję konkursową art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy poprzez jego błędną interpretację i w konsekwencji błędne zastosowanie poprzez przyjęcie, że oferta złożona przez Odwołującego zawierała nieprawdziwe informacje i jako taka podlegała odrzuceniu wskazać należy, co następuje:

Na wstępie należy przywołać wskazane wcześniej w niniejszej decyzji uchwały komisji konkursowej, w szczególności uchwałę, w sprawie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym.

Na podstawie powyższej uchwały komisja konkursowa korygowała treść odpowiedzi ankietowej oferenta oraz odejmowała lub dodawała punkt y rankingu jące (w zależności od tego, czy oferent spełniał czy

nie spełniał warunku dodatkowo ocenianego). Co istotne możliwość ta została dopuszczona wyłącznie wtedy, gdy złożona oferta zawierała sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest wtedy, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stała w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty. Ponadto powyższe mogło znaleźć zastosowanie, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stała w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów). Należy podkreślić raz jeszcze, iż możliwość korygowania odpowiedzi na pytania ankietowe przez komisję konkursową możliwa była tylko w przypadku stwierdzonych rozbieżności, o których mowa w przedmiotowej uchwale. Drugim, aspektem podjętej uchwały, istotnym z punktu widzenia rozstrzygnięcia postawionego przez Odwołującego, było wskazanie sytuacji, w których komisja konkursowa podejmowała decyzję o odrzuceniu oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Mianowicie, gdy w ofercie zadeklarowano spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki weryfikacji oferenta prowadzonej w miejscu udzielenia świadczeń (np. w zakresie posiadanego sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych) lub wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wiodły do wniosku, że oferent nie spełnia przedmiotowego warunku, a złożone przez oferenta wyjaśnienia i dokumenty, po uprzednim wezwaniu do ich złożenia, nie potwierdziły faktu spełnienia przez niego warunku dodatkowo ocenianego komisja konkursowa odrzucała ofertę.

Wobec powyższego możliwa była zmiana odpowiedzi z twierdzącej na negatywną, w sytuacji, gdy oferent pozytywnie odpowiedział na pytanie o spełnianie warunku rankingującego, a inna część oferty zawierała w tym zakresie odmienną rozbieżną informację oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno-medycznych (komisja konkursowa stwierdzała zatem rozbieżność w treści samej oferty). Komisja konkursowa była w takim przypadku uprawniona do dokonywania zmian odpowiedzi ankietowych na negatywne. Dokonanie takiej zmiany skutkowało odjęciem punktów za daną odpowiedź i obniżeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania. Ponadto, jeśli oferent zaznaczył negatywnie odpowiedź rankingującą, a jednocześnie spełniał dodatkowo punktowany warunek (oferta zawierała rozbieżne informacje) oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno-medycznych, komisja konkursowa była uprawniona do zmiany odpowiedzi ankietowej na twierdzącą, co skutkowało dodaniem punktów za daną odpowiedź i zwiększeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania.

Podkreślenia wymaga, iż powyższa zasada stosowana była w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższej uchwale okoliczności, celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców. Możliwe było również odrzucenie oferty, która zawierała nieprawdziwe informacje, możliwe do sprawdzenia przez komisję konkursową wyłącznie w miejscu udzielania świadczeń lub na podstawie danych innych aniżeli te, którymi dysponował Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przenosząc powyższe na grunt rozpatrywanego odwołania ponownie wskazać należy, iż Odwołujący w złożonej do postępowania nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01 w sprawie zawarcia umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym 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. Powyższe oznacza, że jednym z warunków koniecznych możliwości zadeklarowania przez Oferenta prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej była możliwość wykonania odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej pierwotnie w innej postaci niż elektroniczna i umieszczenia takiego odwzorowania w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej. Obowiązek ten dotyczył również analogowych zdjęć radiologicznych, których odwzorowanie powinno być dokonywane z zachowaniem formatu przewidzianego dla przekazywania i archiwizowania zdjęć rentgenowskich, czyli z zachowaniem formatu DICOM. Oferent deklarujący 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 rodzajów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069), w szczególności te wynikające z rozdziału 9 „Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej”. Przepis § 80 pkt 7 rozporządzenia w sprawie dokumentacji znajdujący się właśnie w rozdziale 9 tego rozporządzenia wskazywał, iż, dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia. Wydane na podstawie art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej zawierało istotne postanowienia, co do sposobu i procedury wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej. Zgodnie z przepisami wskazanego w zdaniu poprzednim rozporządzenia, standardem wymiany pozostaje XML, a w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową — standard DICOM. Zatem, warunkiem koniecznym prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej jest prowadzenie jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym w szczególności eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych medycznych pozostaje standard DICOM.

Konieczność standardu DICOM wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U.2017 poz., 884), który stanowi w § 3 ust 6 „*Obrazy zapisane w postaci elektronicznej, które są częścią dokumentacji medycznej, przekazywane i archiwizowane są w standardzie DICOM zgodnym z normą ISO 12052.*” Ponadto konieczność standardu DICOM wynika z rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz.U 2008 nr 59 poz. 365), a w szczególności z § 3, który stanowi iż „*Dla zainstalowanych urządzeń radiologicznych, o których mowa w § 2 ust. 2, wyposażonych w cyfrową rejestrację obrazu standardem wymiany i interpretacji danych medycznych związanych lub reprezentujących obrazy diagnostyczne jest format DICOM 3.0 zgodny z normą ISO 12052:2006.*” Zatem skoro standardem udostępniania, przechowywania i interpretowania danych

medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, to także odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonane z zachowaniem formatu DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine).

Odnosząc się do argumentów Odwołującego dotyczących brzmienia § 6 ust. 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji stanowiącego, że „*Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego*” wskazać należy, że brzmienie przytoczonego przepisu nie pozostawia wątpliwości co do faktu, iż przepis ten nie dotyczy prowadzenia dokumentacji **medycznej w postaci elektronicznej**. Zatem za pozbawione podstaw uznać należy rozumowanie Oferenta, który z treści ww. przepisu wywodzi brak konieczności zapewniania warunków zadeklarowanych w cz. VIII, punkcie 2.5.3 formularza ofertowego tj. prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej.

Odnosząc się do argumentów Odwołującego dotyczących brzmienia § 81 ust 1 nie sposób się z nimi zgodzić, jakoby przepis § 81 rozporządzenia w sprawie dokumentacji dopuszczał wyłącznie odnotowanie informacji zawartych w przekazanej przez pacjenta dokumentacji. Wyrażona przedmiotowym przepisem dyspozycja wskazuje w sposób niebudzący wątpliwości, iż odwzorowanie cyfrowe zdjęć radiologicznych, które mają zostać dołączone do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, winno zostać wykonane w takim formacie i z zachowaniem takich standardów, które zapewnią czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Skoro zaś standardem udostępniania, przechowywania i interpretowania danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową pozostaje standard DICOM, to jak się wydaje również i odwzorowanie zdjęć radiologicznych wykonywanych pierwotnie w formie analogowej powinno być dokonywane z zachowaniem formatu Digital Imaging and Communications in Medicine. Faktem jest ocena, czy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci niż elektroniczna, w tym zdjęcia radiologiczne lub ma być dołączona dokumentacja wytworzona w postaci papierowej przez lekarza prowadzącego. Powyższe nie zwalniało jednak Odwołującego z obowiązku zapewnienia zarówno odwzorowania cyfrowego tej dokumentacji jak i możliwości jej umieszczenia w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji. Wskazana przez Odwołującego możliwość zaimportowania do prowadzonej przez siebie w formie elektronicznej indywidualnej dokumentacji przekazanej przez pacjenta, która może być zaimportowana do programów używanych przez Odwołującego, za pomocą skanera - jednakże jak wskazuje Odwołujący nie w wymaganym formacie DICOM, jednoznacznie wskazuje, że nie spełniał zadeklarowanego warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

W odniesieniu zaś do sformułowanego zarzutu braku możliwości zmiany treści oferty przez żądanie, by w przypadku nieuwzględnienia złożonego protestu dokonać odjęcia punktów w ofercie numer 15-17-000785[05/1]-0008/00 z uwagi na zadeklarowany warunek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej wskazać należy w szczególności na treść wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 5 maja 2015 roku (sygn. akt.: IV SA/Po 1046/14) w treści którego wskazano: „*Sąd podziela i to stanowisko Organu, że na podstawie ww. przepisu oferta zawierająca nieprawdziwą informację - w zakresie odpowiedzi na pytanie ankietowe będące jednym z pytań dodatkowo punktowanych ("rankingujących"), a zatem mającym wpływ na ostateczny kształt rankingu, a w rezultacie i na wynik postępowania konkursowego —podlega w postępowaniu konkursowym obligatoryjnemu odrzuceniu (...)*W tym miejscu należy wyjaśnić, że Sądowi znany jest też odmienny pogląd zaprezentowany w orzecznictwie, za którym opowiedziano się również w skardze - w myśl którego oferta zawierająca

nieprawdziwą odpowiedź na pytanie o charakterze rankingującym nie powinna zostać odrzucona, a jedyną ujemną konsekwencją dla oferenta powinien być brak dodatkowych punktów — ale niniejszy skład Sądu poglądu tego nie podziela. Przede wszystkim dlatego, że nie znajduje on wyraźnego oparcia w przepisach prawa, a pozostaje w jawnej sprzeczności z literalnym brzmieniem art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Poza tym należy jeszcze zwrócić uwagę na aspekt funkcjonalny (w tym aksjologiczny), dodatkowo przemawiający przeciwko przyjęciu takiego poglądu. Jego upowszechnienie się mogłoby mianowicie stanowić zachętę do podejmowania przez oferentów działań godzących w zasady uczciwej konkurencji - a polegających na celowym składaniu ofert nierzetelnych, z nadzieją na uzyskanie (w istocie: wyłudzenie) dodatkowych punktów na podstawie nieprawdziwych informacji - skoro jedyną sankcją w razie ewentualnego wykrycia takiej nierzetelności byłby brak owych dodatkowych punktów, których oferent i tak by nie uzyskał, gdyby od razu złożył oświadczenie prawdziwe."

W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w świetle ustalonego stanu faktycznego, Odwołujący nie miał podstaw do tego, aby zadeklarować w ofercie, iż w dniu składania oferty spełnia zadeklarowany warunek, a komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01 prawidłowo odrzuciła tę ofertę, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, jako zawierającą nieprawdziwe informacje i nie uwzględniła złożonego przez Odwołującego protestu.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego dotyczącego naruszenia art 153 ust. 6 Ustawy, który stanowi o tym, że w przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność wskazać należy, że komisja prawidłowo nie powtórzyła zaskarżonej czynności, albowiem powtórzyć zaskarżoną czynność mogłaby jedynie w przypadku uwzględnienia protestu, co nie miało miejsca. Ponadto zwrócić uwagę należy, że przeprowadzenie ponownie zaskarżonej czynności nie zmieniłoby ustalonego stanu faktycznego dotyczącego niespełnienia warunku dotyczącego prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej, a konkretnie okoliczności, iż Odwołujący nie zapewnia wykonania odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych z zachowaniem formatu DICOM. W ocenie Odwołującego prawidłowo prowadzi indywidualną dokumentację medyczną w postaci elektronicznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z czym się nie można zgodzić. Zdaniem Odwołującego nie jest uprawnione wymaganie od oferentów, by zdjęcia radiologiczne były utrwalane, przechowywane i udostępniane wyłącznie w formacie DICOM. Nadto Oferent podkreślił, iż dysponuje możliwością zaimportowania zdjęć radiologicznych do postaci elektronicznej w formie skanu lub pliku (jednakże nie w formacie DICOM) co w jego ocenie świadczy o tym, iż prawidłowo prowadzi indywidualną dokumentację medyczną w postaci elektronicznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto Odwołujący oświadczył, że w jego ocenie komisja mylnie uznała udzieloną przez niego czynność za nieprawdziwą, niesłusznie przyjmując istnienie wymogu odwzorowania elektronicznego oraz niezasadnie uznając, że odwzorowanie musi nastąpić w formacie DICOM. W odniesieniu do powyższych zarzutów Fundusz zajął już powyżej stanowisko w niniejszej decyzji.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego, dotyczącego naruszenia art. 134 ust. 1 oraz art. 134 ust. 2 Ustawy przejawiających się w poprzez nierówne traktowanie Oferentów, niegwarantujących uczciwej konkurencji, wyrażających się w stosowaniu wobec Odwołującego wymogów niewyrażonych w powszechnie obowiązujących aktach prawnych w oparciu o nieupublicznione stanowiska organów administracji i wykładnie wymogów prowadzenia dokumentacji medycznej niestosowaną przez inne Oddziały wojewódzkie Funduszu w zakresie dysponowania sprzętem umożliwiającym zeskanowanie

dokumentu (zdjęcia radiologicznego w formie analogowej) do formatu DICOM, a także wskazanie przez Odwołującego nadmiernego zaostrzenie kryteriów jedynie wobec Spółki stawiając takie wymogi w zakresie dokumentacji indywidualnej w formie elektronicznej wskazać należy:

Zgodnie z art. 134 ust. 1 Ustawy Narodowy Fundusz Zdrowia jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Z kolei zgodnie z ust. 2 ww. przepisu wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m.in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku 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. Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01. Wyżej wymienione postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej było prowadzone w formie konkursu ofert, co oznacza, że zastosowano te same kryteria pozwalające na porównanie podmiotów biorących w nim udział, a zarzuty Odwołującego, że zostały zastosowane zaostrzone kryteria tylko wobec niego nie mogą się ostać, albowiem komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie stosowała wobec oferentów biorących udział w tym postępowaniu, jednakowe kryteria oceny ofert, wskazane w obowiązujących przepisach. Jak wynika, bowiem z treści przywołanego powyżej załącznika nr 5 do rozporządzenia kryterialnego ankiety obowiązujące we wszystkich zakresach świadczeń dopuszczają możliwość zadeklarowania przez oferentów prowadzenia dokumentacji 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. Ponadto na stronie internetowej Funduszu znajduje się komunikat „Komunikat dla oferentów – indywidualna dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej nr 12675 (o którym szerzej będzie poniżej). Podsumowując, odrzucenie oferty numer 15-17-000785[05/1]-0008/00 poprzedzone zostało wnikliwą analizą jej treści, przeprowadzeniem weryfikacji miejsca udzielania świadczeń (w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/ oddziale dziennym) oraz skorzystaniem z uprawnienia komisji konkursowej do wezwania oferenta, do złożenia wyjaśnień. Ponadto zwrócić należy uwagę, że każdy dyrektor Funduszu działa autonomicznie, a komisja konkursowa za pomocą uchwalonych uchwał postępowwała w sposób jednakowy w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniach. Stąd też wyartykułowany przez Oferenta zarzut naruszenia przez komisję konkursową prowadzącą przedmiotowe

postępowanie art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy uznać należy za nieuzasadniony i nieznajdujący poparcia w zaistniałym stanie faktycznym.

Odnosząc się do zarzutu, że w ustaleniach zawartych w protokołach komisji konkursowej z dnia 07 sierpnia 2017 r., a dotyczących podjętych uchwał dotyczących postępowania konkursowego powołano się na różne stanowiska orzecznictwa, wskazać należy, że potwierdza to jedynie, że komisja konkursowa skrupulatnie i wszechstronnie ustaliła zasady w zakresie dokonywania zmian, w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytania ofertowe.

W odniesieniu do zarzutu zgodnie z którym komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie naruszyła obowiązek upublicznienia wszelkich wymagań, wyjaśnień i informacji w związku z prowadzonym konkursem, wskazać należy, że na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu znajduje się „Komunikat dla oferentów - indywidualna dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej” (artykuł nr 12675 z dnia 12 kwietnia 2017 roku) dostępny pod adresem <http://nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/12675/>, zgodnie z którym: (...) *oferent, który w składanej ofercie deklaruje spełnianie warunku związanego z prowadzeniem indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, winien dysponować urządzeniem, które zapewnia możliwość odwzorowania cyfrowego zdjęcia radiologicznego z zachowaniem formatu DICOM. Prezentowane wyżej stanowisko zgodne jest ze stanowiskiem Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia (...).* Komunikat został umieszczony wówczas, gdy do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło stanowisko Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia (znak: UZ-ZR.7101.57.2017.SK) w przedmiocie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, Oddział Funduszu wystosował do oferentów komunikat, opublikowany na stronie internetowej, zawierający informacje wskazane w treści przedmiotowego stanowiska. Co istotne, kwestia stosowania formatu DICOM w odwzorowywaniu zdjęć RTG poruszana była także w trakcie szkolenia organizowanego przez Oddział Funduszu dla świadczeniodawców ubiegających o zawarcie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

W tym miejscu wskazać należy, że stanowisko Ministerstwa Zdrowia Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego (znak: UZ-ZR.7101.57.2017.SK) z dnia 12 kwietnia 2017 roku wprost wskazuje, że dotyczy wykładni przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a konkretnie dotyczyło odpowiedzi na pytanie „**Czy istnieje wymóg wykonania zdjęć radiologicznych wyłącznie w systemie DICOM i czy system ten musi być stosowany również do odwzorowywania zdjęć analogowych.**” Stanowisko Ministerstwa Zdrowia jednoznacznie wskazuje, że zgodnie z § 3 ust 6 i 7 rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku z w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. 2017 poz. 884) „**Obrazy zapisane w postaci elektronicznej, które są częścią dokumentacji medycznej, przekazywane i archiwizowane są w standardzie DICOM zgodnym z normą ISO 12052.**” co oznacza, że „(...) jeżeli oferent zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej to powinien prowadzić indywidualną dokumentację medyczną w postaci elektroniczną w systemie teleinformatycznym zapewniającym eksport całości danych w formacie określonym w przepisach, przy czym dla diagnostyki obrazowej standardem wymiary i interpretacji danych medycznych jest standard DICOM”. Ponadto Ministerstwo Zdrowia odnosząc się do kwestii wymogów jakie muszą spełniać zdjęcia radiologiczne

wykonane metodą analogową, dołączane do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej zwraca uwagę brzmienie przepisu § 81 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności konieczność odwzorowywania cyfrowego takich zdjęć celem umieszczenia ich w systemie elektronicznym, wskazując, że właściwym wydaje się uznanie że powinno to być dokonane również z zachowaniem formatu DICOM.

Podsumowując odnosząc się do zarzutu Odwołującego, że interpretacja Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia wyrażona w piśmie z dnia 12 kwietnia 2017 roku nie zawiera wprost wskazania, o konieczności formatu DICOM prowadząc dokumentację medyczną nie można się z nim zgodzić, albowiem z analizy całej treści wskazanego pisma, a nie wskazując na wybiórcze zdania (co uczynił Odwołujący) wynika, że dla diagnostyki obrazowej standardem wymiany i interpretacji danych jest standard DICOM co w konsekwencji oznacza, że zdjęcia analogowe powinny być dołączane do elektronicznej dokumentacji medycznej w formacie DICOM zapewniając tym samym spójność.

Natomiast odnosząc się zaś do wyartykułowanego przez Oferenta zarzutu dotyczącego zastosowania przez komisję konkursową interpretacji przedstawionej przez Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia wskazać należy, iż wykładni autentycznej a więc mającej moc prawną zbliżoną do mocy aktu normatywnego, którego przepisy podlegają interpretacji, może dokonać jedynie organ, który ustanowił daną normę prawną. Skoro, bowiem rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydane zostało przez Ministra Zdrowia, nie sposób zarzucić komisji konkursowej, iż stosując interpretację wydaną przez ten organ naruszyła przepisy prawa. Dlatego też twierdzenie Oferenta jakoby Minister Zdrowia nie miał kompetencji do ustalania wiążącej wykładni treści norm prawnych uznać należy za bezzasadne.

Odnosząc się zaś do przytoczonego przez Oferenta stanowiska Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia z dnia 21 września 2015 roku zgodnie z którym *to nie format decyduje o tym, czy dany dokument (w różnej formie utrwalony) stanowi dokumentację medyczną. Dokumentację medyczną stanowi to, co dotyczy stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych i obrazuje proces leczenia*, wskazać należy, iż komisja konkursowa nie kwestionowała elementów, które stanowią dokumentację medyczną. Przypomnieć w tym miejscu należy, iż powodem odrzucenia oferty numer 15-17-000785[05/1]-0008/00 było podanie nieprawdziwych informacji dotyczących prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a konkretnie okoliczność, iż Oferent nie zapewnia wykonania odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych z zachowaniem formatu DICOM.

Wydane na podstawie art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej zawiera istotne postanowienia, co do sposobu i procedury wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej. Zgodnie z przepisami wskazanego w zdaniu poprzednim rozporządzenia, standardem wymiany pozostaje XML, a w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową — standard DICOM. W tym też kontekście, nie można zgodzić się z twierdzeniem Oferenta, jakoby komisja konkursowa utożsamiała warunki, które winien spełniać oferent prowadzący indywidualną dokumentację medyczną w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w postaci elektronicznej z wymogami koniecznymi dla prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM)

W odniesieniu do zarzutu, że art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia został w dniu 25 sierpnia 2017 r. uchylony wskazać należy, że: Odwołujący udzielił informacji o prowadzeniu indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta, w postaci elektronicznej to oczywistym jest, że ocena sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej dokonywana jest na dzień otwarcia ofert. Na podstawie przepisów obowiązujących w dacie otwarcia ofert, a nie w dacie późniejszej. Wobec czego zmiana przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 roku w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia nie mają znaczenia dla rozpatrywania prawdziwości oświadczenia Odwołującego złożonego w ofercie. Takie stanowisko zajął również w wyroku z dnia 11 marca 2011 r. Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie (sygn. II GSK 373/10), który stwierdził, że informacje przedstawione w ofercie muszą być aktualne, prawdziwe a w dacie składania oferty musi być pewne, że zobowiązania przedstawione w ofercie będą możliwe do wykonania i będą wykonane.

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 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01 spośród 9 oferentów, którzy złożyli oferty, tylko 2 oferentów (Odwołujący oraz Szpital Powiatowy w Rawiczu 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. Oferta Odwołującego oraz Oferenta Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o. o. Rawiczu zostały odrzucone z powodu nieprawdziwych informacji zawartych w ofercie.

Oferta Oferenta Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. została odrzucona, bowiem przeprowadzona w dniu 10 sierpnia 2017 r. weryfikacja miejsca udzielania świadczeń wykazała, iż podwykonawca oferenta znajdujący się w lokalizacji Szpitala wykonuje zdjęcia TK oraz RTG w formacie DICOM, natomiast stwierdzono brak możliwości odwzorowywania zdjęć analogowych pochodzących z zewnątrz do formatu DICOM, a ponadto przesłane przez Oferenta wyjaśnienia (oświadczenie Podwykonawcy) przesłane były dla komisji niewystarczające. Obydwa podmioty wniosły protesty, przy czym protest Odwołującego nie został uwzględniony. Protest Odwołującego należało odmiennie potraktować, albowiem Odwołujący zarówno w wyjaśnieniach, Protestie oraz odwołaniu jednoznacznie wskazywał, że nie posiada skanera umożliwiającego odwzorowanie zdjęć w formacie DICOM (o czym szerzej była już mowa powyżej).

Protest wniesiony przez Oferenta Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o. o. został uwzględniony, albowiem z jego treści wynikało, że przeprowadzona weryfikacja oferenta, w której stwierdzono, że Oferent nie ma możliwości odwzorowywania zdjęć analogowych pochodzących z zewnątrz do formatu DICOM jest niezgodna z rzeczywistym stanem rzeczy. Oferent w proteście jednoznacznie wskazał, że ma możliwość odwzorowywania zdjęć analogowych pochodzących z zewnątrz do formatu DICOM. Ponadto nadmienił, że „W pytaniu o prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej nie było żadnej sugestii dotyczącej tego czy u oferenta istnieje możliwość digitalizacji zdjęć analogowych RTG do formatu cyfrowego. Z pewnością gdyby pytanie było bardziej szczegółowe nie doszłoby do nieporozumienia na tle jego interpretacji czy też podczas weryfikacji oferenta”. Zarzut Odwołującego, że Oferent Szpital w Rawiczu został odmiennie potraktowany nie może się ostać, a wskazywanie na wyrwane z kontekstu zdanie Oferenta

wyrażone w Proteście nie zasługuje na aprobatę, bowiem w proteście tym zawarte jest również oświadczenie oferenta, że ma możliwość odwzorowywania zdjęć analogowych pochodzących z zewnątrz do formatu DICOM. W proteście Oferent wskazał również, że podwykonawca Pracownia Diagnostyki Obrazowej Sikora, Drężek, który został wykazany formularzu ofertowym (II Wykaz Podwykonawców), który znajduje się w lokalizacji Oferenta dysponuje sprzętem umożliwiającym odwzorowanie zdjęć analogowych w formacie DICOM. Zostało to potwierdzone przedłożeniem przez Oferenta umowy wynajmu sprzętu zawartej w dniu 01 stycznia 2017 r. przez Podwykonawcę. Ponadto możliwość odwzorowywania zdjęć analogowych pochodzących z zewnątrz do formatu DICOM potwierdzone zostało ponowną weryfikacją przeprowadzoną u Oferenta w dniu 24 sierpnia 2017 r.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego, że posiada on podwykonawcę Samodzielny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, wobec którego komisja nie dokonała czynności sprawdzających zdolność odwzorowywania elektronicznego w formacie DICOM tradycyjnych zdjęć radiologicznych, a komisja winna przeanalizować informacje i dane znajdujące się w dyspozycji WOW NFZ i stosownie do tego odejmować lub dodawać punkty rankingujące (jednocześnie wskazując, że SPZOZ w Gostyniu pozostaje świadczeniodawcą Narodowego Funduszu Zdrowia) i komisja miała pełne możliwości zbadania omawianego aspektu w oparciu o posiadane dane, czego jednak zaniechała wskazać należy, że zasady weryfikacji udzielonych pytań, dodawania i odejmowania punktów zostały już szerzej omówione w niniejszej decyzji. Ponadto podkreślić należy, że Odwołujący na etapie postępowania konkursowego wcale nie wskazywał na taką możliwość, wręcz przeciwnie już w pierwszym piśmie, a następnie proteście, Odwołujący wskazał, że w jego ocenie brak jest obowiązku załączania dokumentacji utworzonej w innej postaci niż elektroniczna, w tym zdjęć radiologicznych lub dokumentacji utworzonej w postaci papierowej, a także, że posiada skaner umożliwiający przeniesienie tego typu danych do pliku, jednakże nie jest to skaner umożliwiający wykonanie odwzorowania cyfrowego zdjęć radiologicznych z zachowaniem formatu DICOM. Jednocześnie zwrócić należy uwagę, że umowa zawarta z Podwykonawcą Samodzielnym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Gostyniu dotyczyła świadczenia usług medycznych polegających na wykonaniu: badań laboratoryjnych, badań RTG, badań endoskopowych, badań tomografii komputerowej, a nie dotyczyła odwzorowywania zdjęć radiologicznych w formie analogowej.

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 15-17-000785/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Ponadto została odrzucona oferta Oferenta Lidii Kwiatkowskiej z powodu niespełnienia warunku wymaganego dotyczącego zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Biorąc pod uwagę powyższe zarzut Odwołującego „nadmiernego zaostrzenia kryteriów jedynie wobec Spółki stawiając takie wymogi w zakresie dokumentacji indywidualnej w formie elektronicznej” nie może się ostać.

Po odrzuceniu przez komisję konkursową w trakcie postępowania oferty złożonej przez Odwołującego, a także oferty Lidii Kwiatkowską, należało dokonać wyboru ofert, które spełniały wszystkie wymagane warunki postępowania nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01, co komisja konkursowa uczyniła. W związku z powyższym zarzut naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy jest nieuzasadniony.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego dotyczącego naruszenia zasady jawności postępowania, wynikającej z art 135 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 przejawiającego się w jego ocenie nie przekazaniem rankingu otwarcia wskazać należy, że Fundusz realizuje zasadę jawności ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę - w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert. Z uprawnienia tego skorzystał Odwołujący przeglądając akta konkursowe w dniu 20 września 2017 r. w siedzibie Funduszu. W niniejszym postępowaniu konkursowym komisja nie wygenerowała oraz nie podpisywała rankingu otwarcia ofert. Jednocześnie nadmienić należy, że zgodnie z procedurą postępowania konkursowego komisja konkursowa nie jest obowiązana do dołączania do dokumentacji z prowadzonego postępowania konkursowego rankingu otwarcia, a jedynie zobowiązana dołączyć jest ranking końcowy.

Powołany zarzut Odwołującego, że brak rankingu otwarcia utrudnia dowiedzenie, że w przypadku braku odrzucenia oferty Odwołującego, jego oferta zostałaby wybrana nie może się ostać. Odwołujący, jako profesjonalny podmiot leczniczy powinien wiedzieć, jaką liczbę punktów uzyska za udzielone pytania, albowiem udzielił odpowiedzi na pytania ankietowe, które zawarte są w Załączniku nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia, w Tabeli nr 1 dotyczącej przedmiotu postępowania „Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym” oraz w Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna wraz z wskazaną liczbą punktów, która można uzyskać, za poszczególne pytania. Podliczenie ilości punktów nie powinno nastęrczać Odwołującemu trudności, albowiem bierze udział w postępowaniu konkursowym nie po raz pierwszy.

W odniesieniu do wniosku Odwołującego, aby po uwzględnieniu odwołania przeprowadzić z nim rokowania wskazać należy, że w myśl przepisów art. 154 ust. 7 Ustawy, Dyrektor Oddziału rozpatruje odwołanie i w przypadku jego uwzględnienia, przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do którego stosuje się odpowiednio art. 144 pkt 1 oraz art. 145 Ustawy.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000785/REH/05/1/02.2300/022.02/01 o zawarcie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym. Naruszeń takich nie dostrzegł również Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Krawczewska (2)

POUCZENIE

Elżbieta Węgrzynek

radca prawny

Pz-3041

www.nfz.gov.pl

Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

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 do 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 10 egz.:

1. Odwołujący,
2. Leszczyńskie Centrum Medyczne "Ventriculus" Spółka z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno;
3. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie, Pl. Paderewskiego 1a, 64-000 Kościan;
4. Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz;
5. Ośrodek Rehabilitacyjny w Kościanie, ul. Bączkowskiego 11/A, 64-000 Kościan;
6. Jolanta Aleksanderek, ul. Grota Roweckiego 9k, 63-900 Rawicz;
7. SPZOZ Centrum Rehabilitacji Medycznej i Ośrodek Osób Niepełnosprawnych, ul. Przyjmy Przyjemskiego 22, 63-900 Rawicz;
8. Centrum Rehabilitacji im. Prof. Mieczysława Walczaka w Osiecznej ul. Zamkowa 2, 64-113 Osieczna;
9. a/a,
10. a/a.

Opracowała Anna Gawrysiak