

30.01.2018

Poznań, dnia

WO.DP.422.28.2018

DECYZJA NR 13./2018/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 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 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, wniesionego przez Artura Kapsiak prowadzącego zakład leczniczy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ARTUS” Zakład Fizjoterapii z siedzibą w Połajewie, ul. Obornicka 1, postanawiam:

odwołanie Artura Kapsiak oddalić w całości.

UZASADNIENIE

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

składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 31 października 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.

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 1.019.280,15 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych pięć umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

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

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

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

Dnia 12 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło w terminie odwołanie złożone przez Artura Kapsiak prowadzącego zakład leczniczy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ARTUS” Zakład Fizjoterapii z siedzibą w Połajewie, ul. Obornicka 1 (zwany dalej „Odwołującym”), dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Artur Kapsiak zwraca się z wnioskiem o dodatkowe zweryfikowanie ilości przydzielonych mu w trakcie negocjacji punktów rozliczeniowych oraz ponowne przeprowadzenie oceny końcowej oferty, ze względu na nieuwzględnienie potencjału osobowego jego zakładu leczniczego. Jak wskazuje w odwołaniu, wyliczenie ilości przyznanych punktów rozliczeniowych dokonano z uwzględnieniem 1 ½ etatu przeliczeniowego na 10 godzin funkcjonowania gabinetu, pomijając kolejne 1 ½ etatu przeliczeniowego zadeklarowanego w ofercie. Powyższe, zadaniem Odwołującego, znacząco ogranicza dostęp do świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej dla pacjentów - osób starszych, stanowiących większość pacjentów korzystających z usług prowadzonego przez niego zakładu leczniczego. Jak podkreśla Odwołujący, w roku 2017 jego zakład leczniczy zrealizował kontrakt na poziomie 177.028 punktów rozliczeniowych, a punkty (82.238) przydzielone na dziewięć miesięcy roku 2018 nie stanowią nawet połowy świadczeń zrealizowanych w roku 2017. Dlatego Odwołujący wnosi o zwiększenie ilości przyznanych punktów rozliczeniowych przynajmniej do wysokości wykonania w 2017 roku. W ocenie Odwołującego na ilość przyznanych mu w trakcie negocjacji punktów rozliczeniowych i wartości kontraktu mogła mieć odpowiedzi na pytania ankietowe, innego uczestnika postępowania nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 - Marcina Bogusławskiego, który w złożonej ofercie zadeklarował 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. Jak stwierdza Odwołujący na zorganizowanym przez Oddział Funduszu spotkaniu szkoleniowym w przedmiocie sposobu przygotowania ofert w postępowaniach konkursowych w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna kilkakrotnie zwracano uwagę, że żaden podmiot nie spełnia warunku 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, i udzielenie pozytywnej odpowiedzi na to pytanie będzie powodem do odrzucenia oferty na etapie jej oceny merytorycznej. Uwzględniając powyższe Odwołujący wnosi o przyznanie jego ofercie większej liczby punktów rozliczeniowych.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 15 stycznia 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu na dzień 30 stycznia 2018 roku terminu wydania decyzji. W dniu 24 stycznia 2018 roku z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystał Artur Kapsiak.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację przywoływaną przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez

oferentów w postępowaniu nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oferty złożyło 5 oferentów: Odwołujący, ARS MEDICAL Sp. z o.o., Katarzyna Kloskowska-Zakrzewska, Marcin Bogusławski oraz Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica

Postępowanie nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372, ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz.1146),
- zarządzenia Prezesa NFZ nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką,
- zarządzenia Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 19/2017/DSOZ z dnia

15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 31 października 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, nie odrzuciła żadnej z ofert.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, wszystkie oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów umożliwił dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- kwalifikacje personelu (maksymalnie 33,00 pkt),
- sprzęt i aparaturę medyczną oraz pomieszczenia (maksymalnie 23 pkt),
- prowadzenie przez jednostkę szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii (2 pkt),
- wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (maksymalnie do -12,00 pkt),

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

2. Dostępność do świadczeń oceniana poprzez:

- zapewnienie czasu pracy zakładu w wymiarze co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, (5 pkt),
- posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (1,00 pkt).

3. kompleksowość udzielania świadczeń oceniana poprzez:

- realizację przez oferenta, na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (2 pkt),
- realizację przez oferenta, na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym (2 pkt),
- realizację przez oferenta, na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (2 pkt).

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

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

poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (maksymalnie 6 pkt).

5. inne warunki oceniane, tj.: współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),
6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 pkt).

W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna zostanie zawarta z pięcioma oferentami: Odwołującym, ARS MEDICAL Sp. z o.o., Katarzyną Kłoskowską-Zakrzewską, Marcinem Bogusławskim oraz Szpitalem Specjalistycznym w Pile im. Stanisława Staszica.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Dane z oferty końcowej (po negocjacjach)	Ocena oferty							
		Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów					Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
			jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne		
1	SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA	5	42	0	5	6	0	58	Tak
2	ARS MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	5	23	4	5	6	0	43	Tak
3	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FIZJOTERAPII "DAKMED" KATARZYNA KŁOSKOWSKA-ZAKRZEWSKA	5,48	26	0	5	4	0	40,48	Tak
4	REHMEDICA MARCIN BOGUSŁAWSKI	7,38	14	2	5	0	2	30,38	Tak
5	ARTUR KAPSIĄK	7,38	4	0	5	4	0	20,38	Tak

Wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Rehabilitacja lecznicza”, pkt 2 „Fizjoterapia ambulatoryjna” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 4 „Wykaz Oraz Warunki Realizacji Świadczeń Gwarantowanych z Zakresu Rehabilitacji Leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punkty,
- nie zadeklarował, zapewniania konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazywanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **przy czym w świetle informacji będących w posiadaniu komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieodejmowaniem 0,5 punktu,**
- zadeklarował nieprzekazywanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **przy czym w świetle informacji będących w posiadaniu komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieodejmowaniem 0,5 punktu,**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkt,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za

pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,

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

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent ARS MEDICAL Sp. z o.o.

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał 2 punkty,

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, 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:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem 1 punktu,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazywanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **przy czym w świetle informacji będących w posiadaniu komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieodejmowaniem 0,5 punktu,**
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,

- nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **ARS MEDICAL Sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Katarzyna Kłoskowska-Zakrzewska

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, zapewniania konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował posiadanie w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co otrzymał 6 punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,

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

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, **przy czym w świetle informacji będących w posiadaniu komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „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 lat”**, za co otrzymał 4 punkty.
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Katarzyna Kłoskowska-Zakrzewska** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,04 zł, za co otrzymał 5,48 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Marcin Bogusławski

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co otrzymał nie punktów,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co otrzymał nie punktów,

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, **przy czym w świetle wyników weryfikacji oferenta zmieniono odpowiedź na „NIE”**, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, **przy czym w świetle wyników weryfikacji oferenta zmieniono odpowiedź na „NIE”**, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, **przy czym w świetle wyników weryfikacji oferenta zmieniono odpowiedź na „NIE”**, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, **przy czym w świetle wyników weryfikacji oferenta zmieniono odpowiedź na „NIE”**, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, **przy czym w świetle wyników weryfikacji oferenta zmieniono odpowiedź na „NIE”**, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował 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, **przy czym w świetle**

wyjaśnień oferenta zmieniono odpowiedź na „ŻADNE Z POWYŻSZYCH”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,

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

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, **przy czym w świetle wyjaśnień oferenta zmieniono odpowiedź na „NIE”,** co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie spełniania innych wymogów zadeklarował współpracę z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co otrzymał 2 punkty.

W zakresie kryterium ceny Oferent **Marcin Bogusławski** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 7,38 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Artur Kapsiak

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował, czasu pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące

- miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował w lokalizacji posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co nie otrzymał punktów,

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

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Artur Kapsiak** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 7,38 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Ponadto wskazać należy, iż w poszczególnych ofertach przywołani wyżej oferenci zadeklarowali każdorazowo, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W tym miejscu zwrócić uwagę należy na fakt, iż w dniu 20 listopada 2017 roku komisja konkursowa powołana dla przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego. W uchwale tej wskazuje się między innymi: „Komisja konkursowa ustaliła, co następuje.

Uwzględniając:

- a) istotę możliwych konsekwencji prawnych związanych z niespełnieniem przez oferenta warunków dodatkowo ocenianych (rankingujących), których spełnienie oferent zadeklarował w złożonej w postępowaniu konkursowym ofercie;
- b) wątpliwości interpretacyjne związane ze stosowaniem 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 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.);
- c) treść wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 27 sierpnia 2014 roku (sygn.: *IV SA/Po 589/14*), zgodnie, z którym w przypadku udzielenia nieprawdziwej odpowiedzi na pytania ankietowe o charakterze rankingującym, oferta nie powinna zostać odrzucona, a jedyną ujemną konsekwencją powinien być brak dodatkowych punktów, który to wyrok został utrzymany w mocy wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 kwietnia 2016 roku (sygn.: *II GSK 2623/14*);
- d) treść wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 5 lutego 2015 roku (sygn.: *IV SA/PO 1046/14*) uchylającego decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nr 71/2014/O z dnia 11 lipca 2014 roku, zgodnie z treścią, którego:
 - interpretacji poszczególnych wyrażen zawartych w dokumencie należy dokonywać w szczególności z uwzględnieniem kontekstu (*verba legis* „okoliczności”), w jakim on występuje,
 - oświadczenia stanowiące odpowiedzi na pytania ofertowe nie mogą być jednak interpretowane w oderwaniu od zastrzeżeń zawartych w innej części oferty,
 - w przypadku „rozcłonkowania” w ofercie istotnych informacji komisja konkursowa winna skorzystać najpierw z możliwości wezwania oferenta do złożenia wyjaśnień, a nie od razu arbitralnie przyjmować, że oferent zawarł w ofercie nieprawdziwą informację;
- e) treść komunikatu Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 marca 2016 roku, wydanego po przeprowadzonym przez Najwyższą Izbę Kontroli postępowaniu kontrolnym, zgodnie z którym komisje konkursowe winny mieć możliwość dokonywania zmian w ankietach, gdy

występuje niezgodność pomiędzy poszczególnymi częściami oferty oraz do generowania „nowego” rankingu ofert;

- f) treść pisma Biura Prawnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2017 roku (znak: 2017.8684.TR) w sprawie konsekwencji prawnych niespełniania przez oferentów warunków dodatkowo ocenianych,
- komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza postanowiła:
 - 1) w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w tym, w szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest, gdy, treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym, stoi w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty – wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany
 - 2) w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdawanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) – wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, że nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i

dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt zgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);

- 3) w przypadkach innych, niż określone w pkt 1 i 2 tj. wtedy gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu udzielania świadczeń weryfikacji oferenta - dotyczy posiadania sprzętu i aparatury medycznej oraz warunków lokalowych lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosowanych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś w przypadku nieprzedłożenia odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938.), zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.”

Kolejno w dniu 22 grudnia 2017 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytania ankietowe zawarte w części VIII. ANKIETY formularza ofertowego.

Odnosząc się do argumentów podniesionych przez Odwołującego Artura Kapsiak w odwołaniu od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01, wskazać należy co następuje.

Jak wynika z wyżej przywołanego rankingu końcowego ofert, łączna liczba punktów oceny uzyskanych przez Odwołującego, z uwzględnieniem wszystkich kryteriów oceny, wynosiła 20,38. Liczba uzyskanych punktów pozwoliła ofercie Odwołującego na zajęcie zaledwie ostatniej pozycji w rankingu ofert.

Podkreślić należy, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności

określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 31 października 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu tegoż postępowania zawrze maksymalnie pięć umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje nie tylko kompleksowość czy jakość udzielanych świadczeń, ale także ich dostępność, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę jakości, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją. Określone w art. 148 Ustawy oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów wyboru ofert kryteria ocen muszą być stosowane jednolicie przez komisję konkursową wobec wszystkich oferentów.

Odnosząc się do zarzutu nieuwzględnienia przez komisję konkursową całego, zadeklarowanego w ofercie przez Odwołującego potencjału wskazać należy, iż ilość punktów rozliczeniowych, jak i wysokość środków finansowych zaproponowana w trakcie negocjacji przez komisję konkursową, stanowiła odzwierciedlenie pozycji oferty w rankingu ofert.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 dokonywała podziału środków finansowych proporcjonalnie do miejsca w rankingu, a nie potencjału zadeklarowanego w ofertach poszczególnych uczestników postępowania konkursowego. Uwzględniając ograniczoną ilość środków finansowych jaką dysponował Zamawiający w traktacie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna niemożliwym było uwzględnienie całego potencjału zadeklarowanego przez Odwołującego. Podkreślić należy, iż komisja konkursowa środki finansowe dzieliła według miejsca oferty w rankingu ofert bez uwzględnienia kryterium ceny. Tym samym oferty znajdujące się wyżej w rankingu, z uwzględnieniem kryteriów nieceowych tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz innych (współpraca z Agencją) otrzymywały propozycję większej liczby punktów rozliczeniowych i wyższej wartości kontraktu w porównaniu do tych zajmujących pozycję niższą. Nie bez znaczenia jest także fakt, iż Odwołujący podpisał z komisją

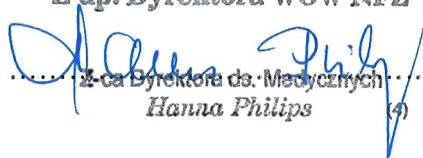
konkursową protokół z negocjacji akceptując liczbę świadczeń opieki zdrowotnej i cenę za jednostkę rozliczeniową świadczenia. Protokół ten zawiera jednocześnie zapis mówiący o tym, że zawiera on ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, co do liczby i ceny.

Odnosząc się do zarzutów podniesionych w stosunku do oferty złożonej przez Marcina Bogusławskiego wskazać należy, iż faktycznie oferent ten nie spełniał zadeklarowanego w ofercie warunku 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, jednakże, jak już wyżej wskazano komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na to pytanie na „ŻADNE Z POWYŻSZYCH”, co wiązało się z nieprzyznawaniem oferentowi punktów za tą odpowiedź. Dokonując zmiany odpowiedzi w ankiecie formularza ofertowego, komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zarówno w przypadku tego oferenta, jak i pozostałych trzech oferentów, którym zmieniono odpowiedzi ankietowe, postąpiła zgodnie z wyżej przywołaną uchwałą, która określała zasady zmiany odpowiedzi ankietowych w formularzach ofertowych. Powyższe oznacza, iż komisja konkursowa zmieniając odpowiedzi ankietowe różnych uczestników postępowania nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 stosowała wobec nich te same kryteria i nie naruszyła zasady równego traktowania świadczeniobiorców. Na marginesie powyższych wyjaśnień zwrócić należy uwagę, iż możliwość dokonywania zmian w ankietach formularzy ofert wynika z przywołanych w uchwale komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego wyroków Sądów Administracyjnych.

Postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2016 roku, poz. 1870 z póź. zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Zatem, podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Uzyskanie przez ofertę złożoną przez Odwołującego mniejszej ilości punktów w rankingu końcowym

uwzględniającym łącznie kryteria jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyczerpanie wartości zamówienia przez wybór oferentów, który uzyskali większą ilość punktów w rankingu końcowym stanowiło jedyny powód niewybrania jej oferty.

Biorąc powyższe ustalenia pod uwagę stwierdzić należy, iż Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatrując odwołanie wniesione przez Artura Kapsiak ustalił, że komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie dopuściła się naruszenia zasad prowadzenia postępowania. W odwołaniu Odwołujący nie wykazał w jakikolwiek sposób, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w sposób naruszający interes prawny Odwołującego. Jako że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia przez komisję konkursową zasad postępowania, brak jest podstaw do uwzględnienia złożonego odwołania. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

..... Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips (4)

POUCZENIE

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

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

ponowne rozpatrzenie sprawy wobec Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 7 egzemplarzach:

1. Artur Kapsiak,
2. ARS MEDICAL Sp. z o.o.,
3. Katarzyna Kłoskowska-Zakrzewska,
4. Marcin Bogusławski,
5. Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica,
6. 2 egz. a/a.

Opracował: Michał Badowski – Wydział Organizacyjny.