

Poznań, dnia 2 lutego 2018 r.

WO.422.11.2018

DECYZJA NR 22/2018/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 2017 r. poz. 1938 ze zm., zwanej dalej „Ustawą”) 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), zwanego dalej: „KPA”, po rozpatrzeniu sprawy z odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna złożonych odrębnie w dniu 11 stycznia 2018 r. przez Jacka Klimczaka, prowadzącego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDYK” Poradnia Lekarza Rodzinnego i Laboratorium Diagnostyczne z siedzibą w Żerkowie (63-210) przy ul. 700-lecia 3D oraz z w dniu 12 stycznia 2018 r. przez Krzysztofa Pachurę prowadzącego Firmę Handlowo – Usługową Krzysztof Pachura z siedzibą w Mieszkowie (63-200 Jarocin), ul. Dworcowa 44A reprezentowaną przez pełnomocnika Grzegorza Mosia, a także w dniu 16 stycznia 2018 r. przez Karola Sharifi prowadzącego NZOZ DOSMED Karol Sharifi z siedzibą (63-210 Żerków) Dobieszczyzna, Dobieszczyzna 47, reprezentowanego przez Marcina Zalewskiego – radcę prawnego postanawiam:

- 1. oddalić w całości odwołanie wniesione przez Jacka Klimczaka, prowadzącego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDYK” Poradnia Lekarza Rodzinnego i Laboratorium Diagnostyczne z siedzibą w Żerkowie (63-210) przy ul. 700-lecia 3D,**
- 2. oddalić w całości odwołanie wniesione przez Krzysztofa Pachurę prowadzącego Firmę Handlowo – Usługową Krzysztof Pachura z siedzibą w Mieszkowie (63-200 Jarocin), ul. Dworcowa 44A,**
- 3. oddalić w całości odwołanie wniesione przez Karola Sharifi prowadzącego NZOZ DOSMED Karol Sharifi z siedzibą (63-210 Żerków) Dobieszczyzna, ul. Dobieszczyzna 47.**

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy 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.), zwanego dalej: „rozporządzeniem o sposobie ogłaszania o postępowaniu”, ogłosił w dniu 31 października 2017 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.

W ogłoszeniu o postępowaniu numer 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 1 087 774,80 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., natomiast maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to pięć umów.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 5 stycznia 2018 r., 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 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 Narodowego Funduszu Zdrowia 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 Narodowego Funduszu Zdrowia.

W dniu 11 stycznia 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wpłynęło odwołanie złożone przez Jacka Klimczaka, prowadzącego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDYK” Poradnia Lekarza Rodzinnego i Laboratorium Diagnostyczne z siedzibą w Żerkowie (63-210) przy ul. 700-lecia 3D, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W dniu 12 stycznia 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wpłynęło odwołanie złożone przez Krzysztof Pachurę prowadzącego Firmę Handlowo – Usługową z siedzibą w Mieszkowie (63-200 Jarocin), ul. Dworcowa 44A, reprezentowaną przez pełnomocnika Grzegorza Mosia, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania nr 15-18-000033/REH /05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Postanowieniem nr 4/2018/O z dnia 12 stycznia 2018 r. połączono sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

W dniu 16 stycznia 2018 r. wpłynęło odwołanie złożone przez Karola Sharifi prowadzącego NZOZ DOSMED Karol Sharifi z siedzibą (63-210 Żerków) Dobieszczyzna, ul. Dobieszczyzna 47, reprezentowany przez Marcina Zalewskiego – radcę prawnego, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Postanowieniem nr 9/2018/O z dnia 17 stycznia 2018 r. połączono sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r.

do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, **Odwołujący: Jacek Klimczak prowadzący Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDYK” Poradnia Lekarza Rodzinnego i Laboratorium Diagnostyczne** zarzuca komisji konkursowej:

- pozbawienie mieszkańców Żerkowa i okolicznych miejscowości dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych na ich terenie, co zdaniem Odwołującego odbiera szansę na pozbycie się dolegliwości bólowych oraz walkę z różnego rodzaju schorzeniami.

W dalszej części odwołania Odwołujący Jacek Klimczak deklaruje, że dołożył wszelkich starań, aby lokalna społeczność mogła korzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych, wskazując na:

- przeprowadzenie licznych remontów i zakupione sprzęty,
- dostarczanie na bieżąco wszystkich potrzebnych dokumentów do postępowania konkursowego.

W odwołaniu, zawarta została prośba o pozytywne załatwienie sprawy i załączone zostało pismo Burmistrza Miasta i Gminy w Żerkowie z dnia 10 stycznia 2018 r., popierające wybór oferty Odwołującego.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05. 1310.208.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, **Odwołujący: Krzysztof Pachura prowadzący Firmę Handlowo – Usługową Krzysztof Pachura z siedzibą w Mieszkowie (63-200 Jarocin), ul. Dworcowa 44A** zarzuca komisji konkursowej naruszenie zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności zasady równego traktowania wszystkich oferentów i zasady uczciwej konkurencji wynikających z art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, poprzez dokonanie wyboru ofert podmiotów w oparciu o niepełną, nierzetelną i nieprawidłową ocenę spełnianych przez nie wymogów w kontekście zasad wynikających z rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, co przejawiało się m.in. w:

- przeprowadzeniu z Oferentem negocjacji w sposób naruszający ww. zasady prowadzenia postępowania,
- dokonaniu wyboru faktycznie tylko czterech oferentów do zawarcia umowy, pomimo iż w ogłoszeniu o konkursie wskazano sugerowaną liczbę pięciu planowanych do zawarcia umów. Oferent podkreśla, iż zawarcie jak największej liczby umów jest pożądane z punktu widzenia pacjentów, pozwala bowiem na istotne zwiększenie dostępności

przestrzennej do świadczeń zdrowotnych i mogłoby zostać osiągnięte właśnie przez zawarcie umowy z Odwołującym Krzysztofem Pachurą.

W uzasadnieniu swojej argumentacji Odwołujący Krzysztof Pachura wskazał, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia miał możliwość zawarcia umowy z Odwołującym jako piątym świadczeniodawcą, rozkładając liczbę punktów rozliczeniowych przyznanych na dany obszar zabezpieczenia pomiędzy pięciu, a nie tylko czterech świadczeniodawców. Zwiększenie zakresu świadczeniodawców niewątpliwie przyczyniłoby się do poszerzenia oferty usług medycznych, z korzyścią dla pacjentów. Dalej Odwołujący Krzysztof Pachura wywodzi, iż Centrum Rehabilitacji „Słoneczna”, w ramach którego Odwołujący Krzysztof Pachura ubiegał się o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, to jednostka dysponująca najnowocześniejszym sprzętem wymaganym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Poza tym, w zasobach Centrum pozostaje wyposażenie niewymagane, ale zwiększające potencjał Odwołującego Krzysztofa Pachury. Jako pierwsza jednostka lecznicza na terenie powiatu jarocińskiego Centrum zaoferowało terapię falą uderzeniową, grotę solną czy basen rehabilitacyjny. Wymienione atuty uzupełniają listę zabiegów standardowych i podnoszą konkurencyjność całej oferty, dzięki czemu świadczeniobiorcy mają możliwość skorzystania z o wiele szerszej listy zabiegów, w jednej lokalizacji niż u innych Świadczeniodawców.

Odwołanie zawiera następujące żądania:

- wniosek o dołączenie do akt niniejszego postępowania akt postępowań ofertowych oferentów, których oferty zostały wybrane przez Komisję Konkursową WOW NFZ oraz ich udostępnienie Odwołującemu do wglądu,
- wniosek o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenia z Odwołującym Krzysztofem Pachurą postępowania w trybie rokowań.

W dniu 25 stycznia 2018 r. Odwołujący Krzysztof Pachura złożył pismo (datowane na dzień 25 stycznia 2018 r.), zawierające uzupełnienie odwołania.

W piśmie tym wyżej wymieniony Odwołujący Krzysztof Pachura podnosi, iż w dniu 27 listopada 2017 r. została przeprowadzona u niego weryfikacja, w wyniku której stwierdzono, iż stan faktyczny jest zgodny z przedstawionym w ofercie, a w liście kontrolnej, stanowiącej załącznik do protokołu z weryfikacji odnotowano, że Oferent faktycznie dysponuje basenem rehabilitacyjnym spełniającym wymóg, iż 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

– w lokalizacji (pkt 2.3.5. – faktycznie/wizytacja: TAK). Przy tej odpowiedzi członkowie zespołu weryfikacyjnego umieścili odnośnik (gwiazdkę), wytłumaczony na końcu dokumentu w uwagach: „2.3.5. Basen rehabilitacyjny w końcowej fazie wykończenia”. Odwołujący Krzysztof Pachura podkreśla „jednoznacznie pozytywną” konkluzję z weryfikacji, wnioskując, że zespół weryfikacyjny nie miał zastrzeżeń odnośnie do spełnienia przez Oferenta kryterium dodatkowo rankingującego w postaci posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego.

W dalszym wywodzie Krzysztof Pachura zarzuca Komisji Konkursowej nie przyznanie punktów za dysponowanie basenem rehabilitacyjnym. Odwołujący Krzysztof Pachura podnosi także, że w przypadku jakichkolwiek wątpliwości Komisja konkursowa powinna wzywać go do złożenia wyjaśnień, powołując się w tym miejscu na przepis § 17 rozporządzenia o sposobie ogłaszania o postępowaniu. Zaniechanie przez Komisję konkursową wezwania Oferenta do złożenia wyjaśnień Odwołujący Krzysztof Pachura uznaje za istotne naruszenie zasad prowadzenia postępowania konkursowego.

W uzupełnieniu odwołania Krzysztof Pachura podnosi, że przedmiotowy basen rehabilitacyjny został oddany do użytku w dniu 8 listopada 2017 r. i był gotowy do użytkowania, co jego zdaniem jednoznacznie wynika z końcowego protokołu odbioru robót z dnia 8 listopada 2017 r., który w kopii został załączony do pisma.

W piśmie z dnia 25 stycznia 2018 r. Odwołujący Krzysztof Pachura wyjaśnia także okoliczności braku wody w basenie w terminie weryfikacji: spuszczenie wody było potrzebne do wymiany drabinki na schody. W załączeniu do uzupełnienia odwołania został przedłożony w kopii końcowy protokół odbioru robót z dnia 8 listopada 2017 r.

Odwołujący Krzysztof Pachura podtrzymuje wnioski o uwzględnienie jego odwołania i przeprowadzenia z nim rokowań.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, **Odwołujący: Karol Sharifi prowadzący NZOZ DOSMED Karol Sharifi z siedzibą (63-210 Żerków), Dobieszczyzna, ul. Dobieszczyzna 47** zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 134 ust.1 i 2 Ustawy, poprzez przeprowadzenie przedmiotowego postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich oferentów oraz pominięciem zasad uczciwej konkurencji.

Odwołujący Karol Sharifi wskazuje, że podczas negocjacji w dniu 4 stycznia 2018 r. członkinie zespołu negocjacyjnego nie dysponowały ofertą złożoną przez Odwołującego, będąc

równocześnie w posiadaniu ofert złożonych przez pozostałych 4 oferentów – ostatecznych zwycięzców konkursu. Fakt ten „wzbudził zdumienie” Odwołującego i spowodował zastrzeżenia w połączeniu z faktem, że kilkanaście godzin później ogłoszono wynik postępowania.

Odwołujący Karol Sharifi w dalszej części podnosi, iż oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia są zobowiązane do przeprowadzenia konkursów ofert na świadczenie usług medycznych, w tym przyjmowania obszarów kontraktowania, w sposób wykluczający jakiekolwiek dysproporcje w rozlokowaniu liczby i odległości między miejscami udzielania świadczeń. Warunki organizowania konkursu i oparte na nich rozstrzygnięcia nie może skutkować łatwiejszą dostępnością kontraktowanych świadczeń na obszarach bardziej zurbanizowanych. Odwołujący Karol Sharifi wskazuje, że na obszarze całego powiatu jarocińskiego wszystkie 4 zakontraktowane podmioty mają swoją siedzibę na terenie jednej gminy – gminy Jarocin, przy czym 3 z nich znajdują się w samym centrum Jarocina, w okręgu niecałych 500 metrów, a czwarty z zakontraktowanych podmiotów w odległości niecałych 4 km od południowej granicy miasta. Co więcej, zdaniem Odwołującego Karola Sharifi, sposób kontraktowania świadczeń i w konsekwencji wadliwe rozstrzygnięcie zostało podjęte pomimo faktu, iż w specyfikacji konkursu przewidziano możliwość zawarcia umowy z pięcioma podmiotami.

Odwołujący Karol Sharifi podnosi, że:

- w toku negocjacji zaakceptował wszystkie propozycje Komisji Konkursowej, w zakresie zarówno liczby kontraktowanych jednostek rozliczeniowych jak i ich ceny, skutkujące obniżeniem aż o 50% łącznej wartości świadczeń w stosunku do pierwotnej oferty Odwołującego,
- zapotrzebowanie mieszkańców powiatu jarocińskiego na usługi w zakresie rehabilitacji w pełni uzasadniało przeprowadzenie postępowania w sposób umożliwiający równy dostęp do świadczeń również dla mieszkańców północnej części powiatu,
- Odwołujący nieprzerwanie od 18 lat świadczy usługi rehabilitacyjne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, będąc jedynym świadczeniodawcą na terenie liczącej ponad 10 000 mieszkańców gminy Żerków i całej północnej części powiatu jarocińskiego,
- w ostatnich latach Odwołujący zakupił na kredyt i wyleasingował nowy sprzęt rehabilitacyjny, jeszcze bardziej podwyższając jakość świadczonych usług, a z uwagi na zaufanie i satysfakcję pacjentów (90% z nich stanowią rolnicy), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego doposażyła gabinety w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną,

- na dzień sporządzenia odwołania Odwołujący zapisuje pacjentów z terminem realizacji świadczeń obejmujących II kwartał 2018 r., a w 2017 r. wykonywał świadczenia ponadlimitowe sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Odwołanie zawiera następujące żądania:

- wniosek o dołączenie do akt postępowania i udostępnienie Odwołującemu Karolowi Sharifi ofert podmiotów, które oferty zostały wybrane w przedmiotowym postępowaniu, tj. Jana Stechlińskiego, Roberta Kowalskiego, spółki „Szpital Powiatowy w Jarocinie” sp. z o.o. oraz spółki Zakład Usługowo- Handlowy JAR-MEDIK sp. z o.o.,
- wniosek o ponowne rozpatrzenie oferty złożonej przez Odwołującego Karola Sharifi z uwzględnieniem zarzutów zawartych w odwołaniu i przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań z jego udziałem.

Prowadząc postępowanie administracyjne wszczęte na skutek wniesienia odwołań złożonych odrębnie przez Jacka Klimczaka, prowadzącego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDYK” Poradnia Lekarza Rodzinnego i Laboratorium Diagnostyczne oraz przez Krzysztofa Pachurę prowadzącego Firmę Handlowo – Usługową Krzysztof Pachura, a także przez Karola Sharifi prowadzącego NZOZ DOSMED Karol Sharifi, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. wszystkich Odwołujących oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000033/ REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów KPA, 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 terminu wydania decyzji na dzień 26 stycznia 2018 r. Na skutek wniesienia w dniu 25 stycznia 2018 r. pisma w sprawie, wydanie decyzji stało się niemożliwe w terminie pierwotnie wskazanym. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia powiadomił strony, że nowy termin załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji administracyjnej został wyznaczony na dzień 2 lutego 2018 r.

W dniu 18 stycznia 2018 r. z uprawnienia do wglądu w akta sprawy skorzystał Zakład Usługowo Handlowy JAR MEDIK sp. z o.o. oraz Odwołujący Krzysztof Pachura. W dniu 25 stycznia 2018 r. z uprawnienia do wglądu w akta sprawy skorzystał Karol Sharifi oraz jego pełnomocnik Marcin Zalewski – radca prawny.

Na skutek złożonych odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 r. postępowania numer 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu jarocińskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołujących w złożonych przez nich odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu jarocińskiego, oferty złożyli:

1. Karol Sharifi, 63-210 Dobieszczyzna, Dobieszczyzna 47,
2. Zakład Usługowo Handlowy JAR MEDIK sp. z o.o. 63-200 Jarocin, ul. Generała Józefa Hallera 9,
3. Krzysztof Pachura 63-200 Mieszków, ul. Dworcowa 44A,
4. Robert Kowalski, 63-200 Jarocin, ul. Ceglana 1,
5. Jacek Klimczak, 63-210 Żerków, ul. 700-lecia 3D
6. Szpital Powiatowy w Jarocinie sp. z o.o., 63-200 Jarocin, ul. Szpitalna 1,
7. Jan Stechliński, 63-230 Witaszyce, ul. Ceglana 5A.

Postępowanie nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów 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. z 2013 r., 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 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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 ze zmianami,
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmienione zarządzeniem Nr 19/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2017 roku zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

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

W tym miejscu wskazać należy, iż Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie prowadzenia części jawnej postępowania wezwwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty pięciu oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u czterech oferentów. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Żadna z ofert nie została także wycofana, ani pozostawiona bez rozpoznania. Komisja konkursowa nie odrzuciła żadnej z ofert. Oferenci nie wnieśli protestów na czynności Komisji konkursowej.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz § 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 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 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 (EDM) lub indywidualnej dokumentacji medycznej (maksymalnie 4 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 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 6 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 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 pkt),
6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

W tym miejscu podkreślić należy, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji Komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła m.in. następujące uchwały:

- Uchwałę z dnia 20 listopada 2017 r. w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością w związku z listami oczekujących; po przeprowadzeniu analizy raportów o listach oczekujących, tj. ich liczby, oraz miesięcy których dotyczą, w związku z przekazanymi wezwaniami do wyjaśnień postanowiono, że:
 - a) stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie nie spełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do odjęcia punktów ankietowych,
 - b) stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie spełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do dodania punktów ankietowych,
 - c) stanowiska oferentów, podważające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. podtrzymujące spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, zostaną ponownie rozpatrzone, o ile zawierają informacje, do których komisja nie miała dostępu na etapie analizy raportów; punkty ankietowe zostaną odjęte (zgodnie z wynikiem pierwszej analizy) lub dodane, jeśli okoliczności zawarte w wyjaśnieniach zostaną uwzględnione przez komisję.
- Uchwałę z dnia 20 listopada 2017 r. w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością, w zakresie informacji o pierwszym wolnym terminie; komisja konkursowa przyjęła, co następuje:
 - 1) Przeprowadzono analizę raportów o pierwszym wolnym terminie, tj. ich liczby, oraz tygodni których dotyczą, z wyłączeniem warunku przekazania raportu do pierwszego dnia roboczego następnego tygodnia lub ze stanem na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie.

- 2) Warunkiem koniecznym było przekazanie wymaganych raportów (za tygodnie od 35 roku 2016 do 35 roku 2017) w okresie, o którym mowa w treści pytania ankietowego 2.2.4., tj. do dnia 31 sierpnia 2017 r.
 - 3) W oparciu o wynik analizy, 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, korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące.
 - 4) W związku z przekazanymi wezwaniami do wyjaśnień:
 - a) stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie nie spełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do odjęcia punktów ankietowych,
 - b) stanowiska oferentów, potwierdzające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. zawierające przyznanie spełniania warunku dodatkowo ocenianego, będą podstawą do dodania punktów ankietowych,
 - c) stanowiska oferentów, podważające ustalony wcześniej przez komisję fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe, tj. podtrzymujące spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, zostaną ponownie rozpatrzone, o ile zawierają informacje, do których komisja nie miała dostępu na etapie analizy raportów; punkty ankietowe zostaną odjęte (zgodnie z wynikiem pierwszej analizy) lub dodane, jeśli okoliczności zawarte w wyjaśnieniach zostaną uwzględnione przez komisję.
- Uchwałę z dnia 20 listopada 2017 r. w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego. 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, 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 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.

- Uchwałę z dnia 22 listopada 2017 r. w przedmiocie oceny ofert w odniesieniu do warunków wymaganych określonych w załączniku Nr 1 *WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ*, lp. 1 – *realizowane w warunkach ambulatoryjnych*, lit. b – *fizjoterapia ambulatoryjna*, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1522 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem”) (...) 3) *świadczenia udzielane w fizjoterapii ambulatoryjnej, z wyjątkiem masażu, muszą odbywać się pod nadzorem co najmniej osoby wykonującej zawód fizjoterapeuty i posiadającej tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1994 oraz z 2017 r. poz. 599), lub fizjoterapeuty posiadającego dyplom, świadectwo lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty, komisja konkursowa przyjęła, co następuje.*

- 1) W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej „tak” w cz. VIII. ANKIETY, rozdziale 5.1 *WARUNKI WYMAGANE*, punkcie 5.1.1 *W OKRESIE ZWIĄZANIA OFERTĄ ORAZ PRZEZ CAŁY OKRES REALIZACJI UMOWY OFERENT SPEŁNIA I BĘDZIE SPEŁNIAŁ WYMAGANIA OKREŚLONE W ROZPORZĄDZENIU MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W ZAKRESIE BĘDĄCYM PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA ORAZ W ZARZĄDZENIU PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA* oraz braku możliwości potwierdzenia spełnienia warunku w zakresie nadzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 *WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ*, lp. 1 – *realizowane w warunkach ambulatoryjnych*, lit. b – *fizjoterapia ambulatoryjna*, do rozporządzenia, Komisja na podstawie §17 ust.1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie

zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.) wzywa Oferenta do złożenia wyjaśnień w przedmiocie sprawy.

2) Komisja konkursowa przyjmie wyjaśnienia Oferenta, gdy:

- a) Oferent potwierdzi wymagany staż pracy magistra fizjoterapii celem potwierdzenia zapewnienia nadzoru w godzinach pracy gabinetu lub wskaże godziny przeznaczone na realizację świadczeń, które nie wymagają takiego nadzoru (masaże).
- b) Oferent dokona zmiany harmonogramu czasu pracy personelu z wykorzystaniem zadeklarowanego potencjału, tj. z zachowaniem osób wskazanych w ofercie oraz wymiaru czasu pracy określonego w stosunku do tych osób.
- c) Dokonana zmniejszenia czasu pracy pracowni/gabinetu z zachowaniem warunków wymaganych (minimalnego czasu pracy gabinetu) w tym zakresie, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, tj. „Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00.

W przypadku, gdy wnioskowana zmiana powoduje, iż Oferent nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego w rozdziale 3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY W CZĘŚCI 3.2.1 REH_2 Czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie komisja konkursowa dokona odjęcia punktów.

Podkreślenia wymaga, iż powyższe zasady przyjęte w uchwałach komisji konkursowej stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższych uchwałach okoliczności celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców wyrażonej w art. 134 Ustawy.

Dnia 5 stycznia 2018 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania w trybie konkursu ofert wskazano następujące cztery podmioty, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze powiatu jarocińskiego:

- „Szpital Powiatowy w Jarocinie” sp. z o.o., 63-200 Jarocin, ul. Szpitalna 1,
- Jan Stechliński, 63-230 Witaszyce, ul. Ceglana 5A,
- Robert Kowalski, 63-200 Jarocin, ul. Ceglana 1,
- Zakład Usługowo – Handlowy JAR MEDIK sp. z o.o., 63-200 Jarocin, ul. Generała Józefa Hallera 9.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Komisja konkursowa wskazała do zawarcia umowy oferty, których łączna wartość wyczerpała środki przeznaczone na realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Oferty uzyskały następujące ilości punktów w rankingu końcowym:

POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
		ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. Zakład Usługowo Handlowy JAR MEDIK sp. z o.o.	Centrum Fizjoterapii i Rehabilitacji Sportowa, 63-200 Jarocin, ul. Sportowa 6	5,00	33,00	0,00	6,00	6,00	0,00	50,00	TAK
2. „Szpital Powiatowy w Jarocinie” sp. z o.o.	Dział Fizjoterapii i Masażu Leczniczego 63-200 Jarocin, ul. Szpitalna 1	7,38	28,00	2,00	5,00	6,00	0,00	48,38	TAK
3. Jan Stechliński	Dział Fizjoterapii, 63-200 Witaszyce, ul. Ceglana 5A	10,00	26,00	0,00	6,00	0,00	0,00	42,00	TAK
4. Robert Kowalski	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „IMPULS –CENTRUM REHABILITACJI”, 63-200 Jarocin, ul. Ceglana 1	10,00	21,00	0,00	5,00	6,00	0,00	42,00	TAK
5. Karol Sharifi	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „DOSMED” Przychodnia Lekarza Rodzinnego Dobieszczyzna 47, 63-210 Dobieszczyzna	5,00	19,00	0,00	0,00	6,00	0,00	30,00	NIE

6.	Firma Handlowo Usługowa Krzysztof Pachura	Pracownia Fizjoterapii 63-200 Jarocin, ul. Aleja Niepodległości 34A	7,38	22,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,38	NIE
7.	Jacek Klimczak	Gabinet Rehabilitacyjny, 63-210 Żerków, ul. 700-lecia 3D	6,43	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,43	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 cz. 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.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu jarocińskiego, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent Zakład Usługowo Handlowy JAR MEDIK sp. z o.o.:

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12,00 punktów,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi 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,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3,00 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,

- zadeklarował posiadanie w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co otrzymał 4,00 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1,00 punkt,
- 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, nie zadeklarował 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 otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5,00 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 10 lat, za co otrzymał 6,00 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 **Zakład Usługowo Handlowy JAR MEDIK sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł, za co otrzymał 5,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent „Szpital Powiatowy w Jarocinie” sp. z o.o.:

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co otrzymał 2,00 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:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12,00 punktów,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4,00 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,

- 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; Komisja konkursowa po uzyskaniu wyjaśnień zweryfikowała odpowiedź w ankiecie, zgodnie z wyżej wskazaną uchwałą z dnia 20 listopada 2017 r. w przedmiocie sprawozdawczości w zakresie list oczekujących, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazywanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, Komisja konkursowa po uzyskaniu wyjaśnień zweryfikowała odpowiedź w ankiecie, zgodnie z wskazaną wyżej uchwałą z dnia 20 listopada 2017 r. w przedmiocie sprawozdawczości w zakresie pierwszego wolnego terminu, 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 urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3,00 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 napelniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co o nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 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 posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za otrzymał nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5,00 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 10 lat, za co otrzymał 6,00 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 Powiatowy w Jarocinie” sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 7,38 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Jan Stechliński:

W zakresie kryterium kompleksowości

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

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12,00 punktów,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4,00 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,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2,00 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 napelniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2,00 punkty,
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał nie otrzymał punktu,
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5,00 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 10 lat, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Jan Stechliński** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł, za co otrzymał 10,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Robert Kowalski:

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12,00 punktów,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4,00 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,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2,00 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,
- 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 otrzymał nie otrzymał punktu,
- 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 5,00 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 10 lat, za co otrzymał 6,00 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 **Robert Kowalski** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł, za co otrzymał 10,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Karol Sharifi:

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, zapewnianie 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 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 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2,00 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 2,00 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał nie otrzymał punktu,
- 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,
- nie zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co nie otrzymał 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 10 lat, za co otrzymał 6,00 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 Odwołujący **Karol Sharifi** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł, za co otrzymał 5,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Krzysztof Pachura:

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12,00 punktów,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, zapewnianie 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 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 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestaw do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3,00 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 nieka 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; przy czym w wyniku weryfikacji, decyzją Komisji konkursowej, w oparciu o podjętą uchwałę zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nieotrzymaniem 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 2,00 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał nie otrzymał punktu,
- 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,
- nie zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny Odwołujący **Krzysztof Pachura** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 7,38 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Jacek Klimczak:

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu; przy czym po uzyskaniu wyjaśnień decyzją Komisji konkursowej w oparciu o podjętą uchwałę zmieniono odpowiedź na „NIE” co skutkowało nieotrzymaniem punktów,
- nie zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej; przy czym po uzyskaniu wyjaśnień decyzją Komisji konkursowej w oparciu o podjętą uchwałę zmieniono odpowiedź na „NIE” co skutkowało nieotrzymaniem 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 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 3,00 punkty,
- 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,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał nie otrzymał punktu,
- 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; przy czym po uzyskaniu wyjaśnień decyzją Komisji konkursowej w oparciu o podjętą uchwałę zmieniono odpowiedź na „NIE” co skutkowało nieotrzymaniem punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców, za co nie otrzymał punktów,

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

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

W zakresie kryterium ceny Odwołujący **Jacek Klimczak** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,02 zł, za co otrzymał 6,43 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania złożonego przez Odwołującego Jacka Klimczaka, prowadzącego Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDYK” Poradnia Lekarza Rodzinnego i Laboratorium Diagnostyczne, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu jarocińskiego, wyjaśnić należy, co następuje.

Postępowanie nr 15-18-000033/REH/05/1/ 05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna zostało ogłoszone dla obszaru powiatu jarocińskiego. Wszyscy oferenci biorący udział w wyżej wymienionym postępowaniu, w tym również Odwołujący Jacek Klimczak, przystępując do konkursu i składając ofertę posiadał informację, jakiego obszaru dotyczy to postępowanie, a mianowicie, że jest to powiat jarociński.

Komisja konkursowa, stosując zasadę równego traktowania wszystkich oferentów, bada i ocenia oferty złożone w konkursie w oparciu o ustalone, równe dla wszystkich kryteria oceny ofert. Kryteriami oceny ofert są jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość, a także cena. Komisja konkursowa kwalifikując oferty nie może kierować się przesłankami wynikającymi z położenia geograficznego miejsca świadczenia, jeśli leży ono na terenie danego powiatu. Ponieważ obszarem kontraktowania jest powiat, to umowy należy zawrzeć z podmiotami, których oferty okazały się najkorzystniejsze na obszarze powiatu jarocińskiego.

Odnosząc się do argumentu, że Odwołujący Jacek Klimczak wykazał się starannością, gdyż przeprowadził liczne remonty i zakupił sprzęty wskazać należy, że Odwołujący spełnił warunki wymagane w zakresie pomieszczeń oraz wyposażenia w sprzęt, w związku z czym jego oferta

nie została w przedmiotowym postępowaniu odrzucona. Natomiast za spełnianie warunków dodatkowo ocenianych Odwołujący Jacek Klimczak otrzymał punkty zgodnie z rozporządzeniem 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.

W tym miejscu podkreślić należy, że oferta Odwołującego Jacka Klimczaka uzyskała najniższą ilość punktów, spośród ofert złożonych w niniejszym postępowaniu, tj. 11,43 pkt. łącznie.

Reasumując, wskazać należy, że argumenty podnoszone w odwołaniu przez Odwołującego Jacka Klimczaka są całkowicie chybione, a czynności Komisji konkursowej były prawidłowe i prowadzą do właściwego rozstrzygnięcia postępowania.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego Krzysztofa Pachurę prowadzącego Firmę Handlowo – Usługową Krzysztof Pachura odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu jarocińskiego, wyjaśnić należy, co następuje.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego Krzysztofa Pachury dotyczącego wyboru czterech ofert, podczas gdy w ogłoszeniu o postępowaniu wskazano, że maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania wynosi pięć, wskazać należy, co następuje.

Łączna liczba punktów uzyskanych przez ofertę Odwołującego Krzysztofa Pachury wynosiła 29,38, podczas gdy ostatnia z wybranych ofert, złożona przez oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna otrzymała 42,00 pkt. W tym miejscu wskazania wymaga, 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. Uregulowanie powyższe powtórzono w treści 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. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000033/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 ww. postępowania zawrze maksymalnie 5 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż 5 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, i to z oferentami, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Powyższe w żaden sposób nie wykluczało możliwości wyboru i zawarcia umów z mniejszą niż maksymalna liczba oferentów. Liczba zawieranych umów zależy od potencjału merytorycznego zawartego w zgłoszonych ofertach, który powinien odpowiadać zapotrzebowaniu oddziału wojewódzkiego Funduszu na określone świadczenia. Powyższe oznacza, iż Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazując w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania nie jest zobowiązany do zawierania tej wskazanej maksymalnej liczby umów. Nie może natomiast przekroczyć tej liczby. Innymi słowy Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazując w ogłoszeniu o postępowaniu maksymalną liczbę umów, którą zawrze po zakończeniu postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01, w wyniku jego rozstrzygnięcia był zobowiązany do zawarcia nie więcej niż 5 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, jeśli powyższe wyczerpało wartość zamówienia. Zatem nie sposób zgodzić się z Odwołującym Krzysztofem Pachurą, iż K omisja konkursowa naruszyła zasady prowadzenia postępowania poprzez niewskazanie go jako piątego podmiotu, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwłaszcza, że wybranie oferty Odwołującego Krzysztofa Pachury spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą

ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Stwierdzić zatem należy, iż rozstrzygnięcie postępowania konkursowego, w wyniku którego dokonano wyboru mniejszej liczby umów niż wskazano w ogłoszeniu w sytuacji wyczerpania wartości zamówienia nie narusza obowiązujących przepisów prawa, a zarzut Odwołującego Krzysztofa Pachury w tym zakresie uznać należy za bezzasadny.

Zaznaczyć w tym miejscu należy, że wyposażenie placówki, składające się m.in. na potencjał podmiotu, które akcentuje Odwołujący Krzysztof Pachura w odwołaniu, znalazło swoje odzwierciedlenie w punktacji oferty.

Odnosząc się wreszcie do zarzutu prowadzenia postępowania konkursowego z naruszeniem zasady równego traktowania oferentów i uczciwej konkurencji wynikającej z zapisu art. 134 Ustawy należy przede wszystkim stwierdzić, co następuje. Zgodnie z art. 134 ust. 1 Fundusz 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 tego 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. Należy zatem stwierdzić, iż wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że 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) we właściwym załączniku do 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. W niniejszym postępowaniu był to załącznik nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza”.

Celem takiego sposobu oceny oferentów jest właśnie realizacja zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co miało miejsce także w postępowaniu nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Na marginesie należy dodać, odnosząc się do argumentu Odwołującego Krzysztofa Pachury, że Narodowy Fundusz Zdrowia miał przecież możliwość zawarcia umowy z Odwołującym jako piątym świadczeniodawcą, rozkładając liczbę punktów rozliczeniowych przyznanych na dany obszar, że teza ta jest błędna. Odwołujący osiągając szóste miejsce w rankingu końcowym oceny ofert, zgodnie z zasadami przedmiotowego postępowania konkursowego nie mógł zostać wybrany do podpisania umowy, nawet przy założeniu, że zawierano by maksymalną ilość pięciu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nie może być zatem mowy o naruszeniu interesu prawnego Odwołującego w tym zakresie.

W piśmie z dnia 25.01.2018 r. złożonym jako uzupełnienie odwołania, Odwołujący Krzysztof Pachura podnosi, iż w dniu 27 listopada 2017 r. w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej została przeprowadzona weryfikacja, w wyniku której stwierdzono, iż stan faktyczny jest zgodny z przedstawionym w ofercie, a w liście kontrolnej stanowiącej załącznik do protokołu z weryfikacji odnotowano, że Oferent faktycznie dysponuje basenem rehabilitacyjnym spełniającym wymóg, iż 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 – w lokalizacji (pkt 2.3.5. – faktycznie/wizytacja: TAK). Odwołujący zauważa też, że przy tej odpowiedzi członkowie zespołu weryfikacyjnego umieścili odnośnik (gwiazdkę), wytłumaczony na końcu dokumentu w uwagach: „2.3.5. Basen rehabilitacyjny w końcowej fazie wykończenia”. Odwołujący Krzysztof Pachura podkreśla „jednoznacznie pozytywną” konkluzję z weryfikacji, wnioskując, że zespół weryfikacyjny nie miał zastrzeżeń odnośnie do spełnienia przez Odwołującego kryterium dodatkowo rankingującego w postaci posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego.

W dalszym wywodzie Krzysztof Pachura zarzuca Komisji Konkursowej nie przyznanie punktów za dysponowanie basenem rehabilitacyjnym. Odwołujący podnosi także, że w przypadku jakichkolwiek wątpliwości Komisja konkursowa powinna wzywać go do złożenia wyjaśnień, powołując się w tym miejscu na przepis § 17 rozporządzenia o sposobie ogłaszania o postępowaniu. Zaniechanie przez Komisję konkursową wezwania Oferenta do złożenia

wyjaśnień Odwołujący uznaje za istotne naruszenie zasad prowadzenia postępowania konkursowego.

W uzupełnieniu odwołania Krzysztof Pachura podnosi, że przedmiotowy basen rehabilitacyjny został oddany do użytku w dniu 8 listopada 2017 r. i był gotowy do użytkowania, co jego zdaniem jednoznacznie wynika z końcowego protokołu odbioru robót z dnia 8 listopada 2017 r., który w kopii został załączony do pisma.

W piśmie z dnia 25 stycznia 2018 r. Odwołujący wyjaśnia także okoliczności braku wody w basenie w terminie weryfikacji: spuszczenie wody było potrzebne do wymiany drabinki na schody. W załączeniu do uzupełnienia odwołania został przedłożony w kopii końcowy protokół odbioru robót z dnia 8 listopada 2017 r.

Odnosząc się do powyższej argumentacji, przede wszystkim stwierdzić należy, że bezspornym jest, że basen rehabilitacyjny w trakcie weryfikacji, prowadzonej przez Komisję konkursową tj. w dniu 27 listopada 2017 r. znajdował się w końcowej fazie wykończenia, co potwierdza treść Wyniku weryfikacji oferenta.

Z kopii końcowego protokołu odbioru robót załączonego do pisma z dnia 25 stycznia 2018 r. datowanego na dzień 08 listopada 2017 r. wynika, że dla basenu rehabilitacyjnego Odwołującego Krzysztofa Pachury został określony zakres prac dodatkowych: „opróżnienie niecki po 27 listopada oraz wyłożenie schodów membraną, które zostaną dobudowane w narożniku niecki, ponowne napełnienie niecki odbędzie się po ok 14 dniach”. Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził postępowanie wyjaśniające, w wyniku którego ustalono, że członkowie Komisji konkursowej w dniu przeprowadzania weryfikacji u Odwołującego Krzysztofa Pachury stwierdzili brak wody w basenie rehabilitacyjnym oraz, że prowadzone były roboty budowlane, polegające na wykładaniu płytek w niecce basenu.

Stwierdzono zatem, że basen jako obiekt istnieje (zaznaczono odpowiedź „TAK*”), lecz jednocześnie ustalono, że obiekt nie jest gotowy do użytkowania, co zostało odnotowane w uwagach na końcu listy kontrolnej załączonej do wyniku weryfikacji oferenta: „*2.3.5. Basen rehabilitacyjny w końcowej fazie wykończenia”. Zapisy w wynikach weryfikacji stanowią zatem wierne odbicie zastanego przez przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia stanu faktycznego dotyczącego tego obiektu. Nadto podkreślenia wymaga, że Odwołujący Krzysztof Pachura podpisał Wynik weryfikacji oferenta wraz z załącznikiem i nie złożył żadnych

zastrzeżeń do ich treści, co świadczy o tym, że zgadza się z ustaleniami poczynionymi podczas weryfikacji.

W związku z powyższym, prawidłowe jest ustalenie, że na dzień składania oferty oraz w terminie weryfikacji basen nie nadawał się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ustalenie to, przy zastanym stanie faktycznym ma charakter oczywisty.

Prowadzenie wyjaśnień dotyczących zadeklarowania przez Odwołującego Krzysztofa Pachurę basenu rehabilitacyjnego, wobec jednoznaczności wyniku weryfikacji nie było w żaden sposób uzasadnione. Komisja konkursowa znając stan faktyczny, odmienny od zadeklarowanego w ofercie, w sposób właściwy i uzasadniony nie przyznała Odwołującemu Krzysztofowi Pachurze punktów za spełnianie przedmiotowego warunku rankingującego. Postanowienie Komisji konkursowej znajduje oparcie w jej uchwale z dnia 20 listopada 2017 r. w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego. Podkreślić należy ponownie, że zasady punktacji wynikające z uchwał Komisja konkursowa stosowała do wszystkich przypadków oceny ofert, zachowując tym samym jednolity standard oceny wszystkich ofert złożonych w konkursach ofert na rehabilitację leczniczą w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

Wobec powyższych ustaleń wykazano, że ocena oferty Odwołującego Krzysztofa Pachurę w odniesieniu do zadeklarowanego w ofercie basenu rehabilitacyjnego jest prawidłowa, zgodna z zasadami postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i nie prowadzi do naruszenia obowiązujących przepisów prawa.

Reasumując, wskazać należy, że argumenty podnoszone w odwołaniu przez Odwołującego Krzysztofa Pachurę, nie są zasadne, a czynności Komisji konkursowej były prawidłowe i prowadzą do właściwego rozstrzygnięcia postępowania. W związku z powyższym żądanie uwzględnienia odwołania i przeprowadzenia z Odwołującym Krzysztofem Pachurą postępowania w trybie rokowań są nieuzasadnione.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołania złożonego przez Odwołującego Karol Sharifi prowadzącego NZOZ DOSMED Karol Sharifi dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu jarocińskiego, wyjaśnić należy, co następuje.

Odwołujący Karol Sharifi wskazuje, że podczas negocjacji w dniu 4 stycznia 2018 r. członkinie zespołu negocjacyjnego nie dysponowały ofertą złożoną przez Odwołującego, będąc równocześnie w posiadaniu ofert złożonych przez pozostałych 4 oferentów – ostatecznych zwycięzców konkursu. Fakt ten „wzbudził zdumienie” Odwołującego i spowodował zastrzeżenia w połączeniu z faktem, że kilkanaście godzin później ogłoszono wynik postępowania.

Odnosząc się do zarzutu wadliwie zdaniem Odwołującego przeprowadzonych negocjacji, naruszających zasady prowadzenia postępowania wskazać należy co następuje. Zgodnie z art. 142 ust. 6 Ustawy w części niejawnej konkursu ofert Komisja może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Do negocjacji dochodzi zatem po zakończeniu porównania ofert złożonych w postępowaniu konkursowym.

Komisja konkursowa na etapie prowadzenia negocjacji nie odnosi się do treści oferty, w rozumieniu poszczególnych dokumentów składających się na ofertę, a zatem brak jest wymogu posiadania przez Komisję konkursową ofert oferentów w wersji papierowej, zwłaszcza, że w posiadaniu Komisji jest oferta w formie elektronicznej. Jako że negocjacje są ostatnim elementem postępowania konkursowego, po którym następuje rozstrzygnięcie postępowania, niezasadnym jest zarzut Odwołującego Karola Sharifi dotyczący krótkiego okresu pomiędzy negocjacjami a rozstrzygnięciem.

Odwołujący Karol Sharifi w dalszej części odwołania podnosi, iż oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia są zobowiązane do przeprowadzenia konkursów ofert na świadczenie usług medycznych, w tym przyjmowania obszarów kontraktowania, w sposób wykluczający jakiegokolwiek dysproporcje w rozlokowaniu liczby i odległości między miejscami udzielania świadczeń. Warunki organizowania konkursu i oparte na nich rozstrzygnięcie nie może skutkować łatwiejszą dostępnością kontraktowanych świadczeń na obszarach bardziej zurbanizowanych. Odwołujący wskazuje, że na obszarze całego powiatu jarocińskiego wszystkie 4 zakontraktowane podmioty mają swoją siedzibę na terenie jednej gminy – gminy Jarocin, przy czym 3 z nich znajdują się w samym centrum Jarocina, w okręgu niecałych 500 metrów, a czwarty z podmiotów w odległości niecałych 4 km od południowej granicy miasta. Co więcej, zdaniem Odwołującego, sposób kontraktowania świadczeń i w konsekwencji wadliwe rozstrzygnięcie zostało podjęte pomimo faktu, iż w specyfikacji konkursu przewidziano możliwość zawarcia umowy z pięcioma podmiotami.

Odnosząc się do kwestii rozmieszczenia podmiotów wybranych do zawarcia umowy, należy wskazać, że gdyby Komisja konkursowa kierowała się położeniem miejsca udzielania świadczeń w ramach wyznaczonego obszaru, naruszyłaby zasady konkursu.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego Karola Sharifi dotyczącego wyboru czterech ofert, podczas gdy w ogłoszeniu o postępowaniu wskazano, że maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną wybrane po przeprowadzeniu postępowania wynosi pięć wskazać ponownie należy, co następuje.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego Karola Sharifi punktów oceny wynosiła 30,00 punktów, podczas gdy ostatnia z wybranych ofert złożona przez oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna otrzymała 42,00 pkt. W tym miejscu wskazania wymaga, 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. Uregulowanie powyższe powtórzono w treści 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. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000033/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 ww. postępowania zawrze maksymalnie 5 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż 5 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, i to z oferentami, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Powyższe w żaden sposób nie wykluczało możliwości wyboru i zawarcia umów z mniejszą niż maksymalna liczbą oferentów. Liczba zawieranych umów zależy od potencjału merytorycznego zawartego w zgłoszonych ofertach, który powinien odpowiadać zapotrzebowaniu oddziału

wojewódzkiego Funduszu na określone świadczenia. Powyższe oznacza, iż Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazując w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania nie jest zobowiązany do zawierania tej wskazanej maksymalnej liczby umów. Nie może natomiast przekroczyć tej liczby. Innymi słowy Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazując w ogłoszeniu o postępowaniu maksymalną liczbę umów, którą zawrze po zakończeniu postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01, w wyniku jego rozstrzygnięcia był zobowiązany do zawarcia nie więcej niż 5 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, jeśli powyższe wyczerpało wartość zamówienia. Zatem nie sposób zgodzić się z Odwołującym Karolem Sharifi, iż komisja konkursowa naruszyła zasady prowadzenia postępowania poprzez niewskazanie go jako piątego podmiotu, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwłaszcza, że wybranie oferty Odwołującego Karola Sharifi spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Stwierdzić zatem należy, iż rozstrzygnięcie postępowania konkursowego, w wyniku którego dokonano wyboru mniejszej liczby umów niż wskazano w ogłoszeniu w sytuacji wyczerpania wartości zamówienia nie narusza obowiązujących przepisów prawa, a zarzut Odwołującego Karola Sharifi w tym zakresie uznać należy za bezzasadny.

Odwołujący argumentuje, że w toku negocjacji zaakceptował wszystkie propozycje Komisji Konkursowej, w zakresie zarówno liczby kontraktowanych jednostek rozliczeniowych jak i ich ceny, skutkujące obniżeniem aż o 50% łącznej wartości świadczeń w stosunku do pierwotnej oferty Odwołującego. W tym miejscu należy wyjaśnić, iż do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Zatem podstawą przyznania pozycji w rankingu, a w konsekwencji liczby jednostek rozliczeniowych, było dokonanie przez komisję konkursową łącznej oceny ofert wg. kryteriów niecenowych. Kolejność w rankingu ofert uzasadnia degresywność w przyznaniu liczby jednostek rozliczeniowych poczynwszy od ofert ocenionych najwyżej zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o

postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy. W przypadku oferty Odwołującego, która uplasowała się na piątym miejscu rankingu ofert według kryteriów niecenowych, oczywiste stało się negocjowanie zminimalizowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, tym bardziej, że Oferent w toku negocjacji utrzymywał ich wysoką cenę.

Bezdiskusyjne jest, że Odwołujący Karol Sharifi nieprzerwanie od kilkunastu lat świadczy usługi rehabilitacyjne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Istotne jest jednak, że jak wskazano powyżej, w toku porównania ofert, za ciągłość oferta Odwołującego otrzymała maksymalną ocenę o wartości 6,00 pkt.

Odnosząc się do wskazania Odwołującego Karola Sharifi, że w ostatnich latach zakupił on na kredyt i wyleasingował nowy sprzęt rehabilitacyjny, jeszcze bardziej podwyższając jakość świadczonych usług, a z uwagi na zaufanie i satysfakcję pacjentów (90% z nich stanowią rolnicy), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego doposażyła gabinety w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną, stwierdzić należy, że potencjał, w tym wyposażenie sprzętowe gabinetu znalazło swoje odzwierciedlenie w punktacji przyznanej ofercie.

Reasumując, wskazać należy, że argumenty podnoszone w odwołaniu przez Odwołującego Karola Sharifi, nie są zasadne, a czynności Komisji konkursowej były prawidłowe i prowadzą do właściwego rozstrzygnięcia postępowania. W związku z powyższym żądanie ponownego rozpatrzenia oferty złożonej przez Odwołującego z uwzględnieniem zarzutów zawartych w odwołaniu i przeprowadzenia z Oferentem postępowania w trybie rokowań z udziałem Odwołującego są nieuzasadnione.

W postępowaniu odwoławczym przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu 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. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrzył się naruszenia interesu prawnego odwołujących wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionych odwołaniach nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr postępowania nr 15-18-000033/REH/05/1/ 05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 31 marca 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu jarocińskiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000033/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego żadnego z odwołujących 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 Kraszevska (1)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2017, poz. 1938 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 9 egz.:

1. R. pr. Marcin Zalewski – Kancelaria Radcy Prawnego Marcin Zalewski, ul. Chocimska 76, 60-688 Poznań – 1 egz.,
2. Grzegorz Moś, Firma Handlowo – Usługowa Krzysztof Pachura 63-200 Mieszków, ul. Dworcowa 44A- 1 egz.,
3. Jacek Klimczak, 63-210 Żerków, ul. 700-lecia 3D - 1 egz.,
4. Zakład Usługowo Handlowy JAR MEDIK sp. z o.o. 63-200 Jarocin, ul. Generała Józefa Hallera 9 – 1 egz.,
5. Szpital Powiatowy w Jarocinie sp. z o.o., 63-200 Jarocin, ul. Szpitalna 1 – 1 egz.,
6. Jan Stechliński, 63-230 Witaszyce, ul. Ceglana 5A – 1 egz.,
7. Robert Kowalski, 63-200 Jarocin, ul. Ceglana 1- 1 egz.,
8. a/a – 2 egz.

Opracowała: Aleksandra Hanna Nowak