

WO-DP.422.3.2018

Poznań, dnia 14.02.2018

**DECYZJA NR 28/2018/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.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1257), po rozpatrzeniu odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu gostyńskiego, wniesionych przez Karolinę Wawrzynowicz prowadzącą Usługi Rehabilitacyjne Karolina Wawrzynowicz z siedzibą w Krobii (63-840) przy ul. Rynek 8, przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Gostyniu (63-800) przy Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 oraz przez Łukasza Radołę prowadzącego Profilaktykę i Rehabilitację „AKANT” NZOZ Łukasz Radoła z siedzibą w Gostyniu (63-800) przy ul. Przy Dworcu 4a, postanawiam

- 1. oddalić w całości odwołanie złożone przez Karolinę Wawrzynowicz;**
- 2. oddalić w całości odwołanie złożone przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Gostyniu;**
- 3. oddalić w całości odwołanie złożone przez Łukasza Radołę.**

**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 31 października 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000039/REH/05/ 1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu gostyńskiego.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 1 404 453,75 złotych

na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 8 (słownie: osiem).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 5 stycznia 2018 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy.

Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

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

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

Dnia 9 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Karolinę Wawrzynowicz prowadzącą Usługi Rehabilitacyjne Karolina Wawrzynowicz z siedzibą w Krobii (63-840) przy ul. Rynek 8 (zwaną dalej: „Odwołującą Karoliną Wawrzynowicz”), reprezentowaną przez Marcina Wawrzynowicza dotyczące rozstrzygnięcia z dnia

5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pełnomocnik Odwoływającej zarzuca komisji konkursowej rażące naruszenie interesu prawnego poprzez wielokrotne naruszenie art. 134 ust. 1 Ustawy w stosunku do Odwoływającej i złożonej przez nią oferty wyrażone w braku celowości przeprowadzenia negocjacji. Zdaniem pełnomocnika Odwoływającej przebieg negocjacji stanowił fikcję, gdyż oferent nie miał możliwości rzeczywistego wpływu na zaproponowaną wysokość kontraktu. Na poparcie nierzetelnego przeprowadzenia negocjacji zasugerował zapoznanie się z materiałem zarejestrowanym w formie audiowizualnej, który w jego przekonaniu znajduje się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo pełnomocnik Odwoływającej przywołuje w odwołaniu, w jego subiektywnym odczuciu, istotne dla negocjacji, problemy, których nie poruszył w trakcie negocjacji z uwagi na ich niewłaściwy przebieg:

1. Problem podziału środków finansowych zgodnie z zarządzeniem nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zwanego dalej także „zarządzeniem Prezesa NFZ”. W opinii pełnomocnika Odwoływającej w powiecie gostyńskim naruszona została zasada równomiernego podziału środków wyrażona w § 3 ust. 1 przedmiotowego zarządzenia. Pełnomocnik Odwoływającej oszacował, iż w 2017 roku na gminę Gostyń liczącą 28 tysięcy mieszkańców zostało przeznaczone 1 465 361,00 złotych (kwota za 2016 rok 1 672 361,00 złotych pomniejszona o 207 000,00 złotych z uwagi na przeniesienie jednego z gabinetów z Gostynia do Pogorzeli), natomiast na gminę Krobia liczącą 15 tysięcy mieszkańców zostało przeznaczone 130 294,00 złotych. Jednocześnie podkreślił, iż obecny podział środków będzie jeszcze bardziej dyskryminujący dla gminy Krobia, w której funkcjonuje firma Karoliny Wawrzynowicz. Zdaniem pełnomocnika Odwoływającej skumulowanie dużych wartości kontraktów na fizjoterapię ambulatoryjną praktycznie w jednym miejscu jest sprzeczne ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia i Krajowej Izby Terapeutycznej, mało przyjazne dla pacjentów oraz sprzyja patologicznym i korupcyjnym mechanizmom. Pełnomocnik Odwoływającej wywodzi, iż w jego opinii propozycja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia na poziomie 7 320,00 złotych miesięcznie oparta została na analizie wykonanych świadczeń w poprzednich okresach sprawozdawczych, które nie odzwierciedlają realnego zapotrzebowania na świadczenia. Zwraca jednak uwagę, iż pouczana i upominana przez Narodowy Fundusz

Zdrowia Odwołująca postępuje zgodnie z zaleceniami i dzieli środki na cały rok oraz nie wykonuje usług ponad limit. Kolejka pacjentów oczekujących stale się wydłuża, a wykazywane przez Odwołującą w raporcie statystycznym wartości „0”, wynikają z braku możliwości zatrudnienia większej liczby osób i zamykania gabinetu np. w okresie urlopu. Pełnomocnik Odwołującej wspomina także, iż nie rozumie dlaczego oferent Maria Gierczyńska, której w jego subiektywnej opinii gabinety niczym szczególnym się nie wyróżniają jest nietykalna i otrzymała wysoki kontrakt pomimo tego, że nierzetelnie wywiązuje się z prowadzenia „list pacjentów oczekujących” i wykazuje czas oczekiwania „0”, co nie jest możliwe, gdyż kolejki oczekujących na ten zakres świadczeń są wszędzie.

2. Propozycja wartości umowy na poziomie, który uniemożliwia funkcjonowanie gabinetu w praktyce. Zdaniem pełnomocnika Odwołującej, jej oferta nie została uczciwie oceniona, ponieważ zaproponowana kwota na poziomie 7 320,00 złotych miesięcznie oznacza zamknięcie i bankructwo gabinetu. Zwrócił uwagę, iż brak możliwości zatrudnienia drugiej osoby skutkuje problemami organizacyjnymi w przypadku urlopu wypoczynkowego, zdarzenia losowego lub choroby, które w praktyce oznaczają faktyczne zamknięcie gabinetu w tych okresach i konieczność zaproponowania pacjentom innego terminu, co z kolei może przełożyć się na przerwanie cyklu zabiegowego. Zdaniem pełnomocnika Odwołującej takie praktyki są niedopuszczalne w stosunku do pacjentów, którzy czekają na zabiegi kilka miesięcy oraz skrajnie nieprofesjonalne z medycznego punktu widzenia. Cel terapeutyczny nie może zostać osiągnięty jeżeli przerywane są cykle zabiegowe. Dalej wskazuje, iż w wielu placówkach praktykuje się dzielenie zabiegów za względu na długość kolejek oczekujących i wykonywanie ich w ratach w zależności od dostępności, co stanowi przejaw braku poszanowania pacjenta i jego czasu, a takie działania w ocenie pełnomocnika Odwołującej, Narodowy Fundusz Zdrowia powinien eliminować, a nie wspierać. Z tego kontekstu pełnomocnik Odwołującej wywiódł brak rzetelnego zapoznania się komisji konkursowej z przedstawioną ofertą, który narusza w sposób rażący interes prawny Karoliny Wawrzynowicz. Ponownie podkreśla, iż patologii sprzyja skumulowanie dużych wartości kontraktów na fizjoterapię ambulatoryjną w jednym miejscu (relatywnie duże środki przyznawane są nieadekwatnie do liczby mieszkańców), jak ma to miejsce w Gostyniu, gdzie wyłonionych zostało aż 4 świadczeniodawców oraz 1 świadczeniodawca w Piaskach, które zdaniem Pełnomocnika Odwołującej nie są nawet miastem, a dzielnicą Gostynia. W imieniu pacjentów zwraca uwagę, iż gdyby fizjoterapia wymagała kontroli raz na pół roku to mogliby jeździć nawet do Warszawy, natomiast jej specyfika wymaga często codziennych wizyt i chcieliby korzystać z zabiegów w miejscu swojego zamieszkania. Zdaniem pełnomocnika Odwołującej dokonany podział środków na terenie

powiatu gostyńskiego jest irracjonalny i chciałby wierzyć, iż jest efektem wyłącznie ludzkiej pomyłki. Zwraca także uwagę na potencjalne nieprawidłowości w zakresie udzielania świadczeń w prywatnym gabinecie fizjoterapii w Krobiu wykazywanych prawdopodobnie jako nadwykonania w gabinetach mających umowy z NFZ np. w Rawiczu. Wątpliwości pełnomocnika Odwołującej budzi fakt, iż pacjenci korzystający z prywatnych zabiegów, które opłacają zmuszani są do każdorazowego uwierzytelnienia ich wykonania własnym podpisem oraz składania wszelkich oświadczeń analogicznie jak ma to miejsce w gabinetach mających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Takie postępowanie w połączeniu z lokalizacją gabinetu prywatnego w bezpośrednim sąsiedztwie przychodni POZ doprowadziło pełnomocnika Odwołującej do przekonania, iż wszystkie usługi udzielane w prywatnym gabinecie fizjoterapii, na które kierowani są pacjenci przez lekarza POZ i za które pobierane są pieniądze od samych pacjentów, rozliczane są dodatkowo z Narodowym Funduszem Zdrowia na podstawie umów z gabinetami, które takie umowy mają. Tego rodzaju patologiczne mechanizmy umożliwiają wygenerowanie nieprawdopodobnych ilości wykonanych usług i są pośrednim powodem wydłużenia się kolejek oczekiwania na zabiegi, a same usługi wykonywane są w miejscach nad którymi Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma żadnej kontroli oraz dodatkowo przez personel, który nie posiada odpowiednich kwalifikacji.

W podsumowaniu pierwszego i drugiego problemu pełnomocnik zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 142 ust. 5 pkt 1 w związku z art. 148 ust. 1 Ustawy poprzez przyznanie oferty finansowej poniżej granic przyzwoitości pomimo zajęcia całkiem dobrej pozycji w rankingu końcowym.

3. problem negowania możliwości prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej przy braku scanera zdjęć RTG formatu DICOM w świetle uzyskanej na indywidualne zapytanie opinii Ministerstwa Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 roku, zgodnie z którą wymóg stosowania formatu DICOM określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej z dnia 18 lutego 2011 roku (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 884) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych z dnia 27 marca 2008 roku (Dz.U. z 2008 r. nr 59, poz. 365 z późn. zm.) nie dotyczy fizjoterapeutów, o ile nie używają oni urządzeń stosowanych w pracowniach rentgenodiagnostyki i terapii radioizotopowej, wskazanych w tych rozporządzeniach i nie opisują obrazów wygenerowanych przez te urządzenia. Pełnomocnik Odwołującej podnosi, że zgodnie z powyższym stanowiskiem Karolina Wawrzynowicz spełnia warunek dodatkowo oceniany prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

i do oferty zostały złożone stosowne wyjaśnienia, jednak z uwagi na ostrzeżenia pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia i obawę przed odrzuceniem oferty, w samej ankiecie nie została zaznaczona taka odpowiedź. Dodatkowo podkreśla, iż Odwołująca jest przygotowana także do prowadzenia pełnej elektronicznej dokumentacji medycznej i rejestracji zdarzeń medycznych jak tylko zostanie uruchomiana platforma P1. Złożone do oferty wyjaśnienia w zakresie spełnienia warunku prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, pomimo braku skanera zdjęć RTG w formacie DICOM, Odwołująca w dniu przeprowadzenia negocjacji, tj. 4 stycznia 2018 roku uzupełniła poprzez złożenie pisma Ministerstwa Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 roku i na tej podstawie jej pełnomocnik podejrzewa, iż ostatecznie komisja konkursowa mogła przyznać Odwołującej punkty rankingujące w tym zakresie.

Pełnomocnik Karoliny Wawrzynowicz wyjaśnił także, iż mimo wszystkich zastrzeżeń do przebiegu negocjacji i samego konkursu nie zgłosił protestu, bowiem uznał, iż zostałby on „zwyczajnie zignorowany i zamieciony pod przysłowiowy dywan” (cyt.). Takie twierdzenia opiera na doświadczeniach z wcześniejszych konkursów, jednak podkreśla, iż w niniejszym postępowaniu nie decyduje się na wniesienie tego argumentu. Ponadto podnosi, iż aby całkowicie nie zamknąć sobie możliwości dalszego uczestnictwa w obecnym konkursie Odwołująca nie miała wyboru i podpisała protokół końcowy z negocjacji.

W podsumowaniu pełnomocnik Odwołującej stwierdził, iż wywiązując się z roli delegata województwa wielkopolskiego do Krajowej Izby Fizjoterapeutycznej miał obowiązek wyrażenia swojego zdania w niniejszym odwołaniu i wystąpienia w imieniu nie tylko Karoliny Wawrzynowicz, ale także zdecydowanej większości uczciwie działających placówek, którym zależy na uczciwości, transparentności i promowaniu zdrowych mechanizmów funkcjonowania opieki zdrowotnej. Wierząc, iż nie zawiedzie pokładanego w nim zaufania poprzez niniejsze odwołanie postanowił podjąć walkę.

Dnia 10 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Gostyniu (63-800) przy Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 (zwanego dalej: „Odwołującym SP ZOZ”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący SP ZOZ zarzuca komisji konkursowej, iż nie dostał kontraktu zgodnie z wykazywanym potencjałem i wnosi o:



1. przyznanie wartości kontraktu na minimum obecnym poziomie;
2. wgląd w ranking końcowy i akta pozostałych wybranych oferentów oraz przedstawienie informacji na podstawie jakich kryteriów została dokonana ich ocena;
3. przedstawienie punktacji lub innych dowodów z których wynikał podział środków dla SP ZOZ Gostyń oraz pozostałych wybranych oferentów

Zdaniem Odwołującego SP ZOZ mogło dojść do naruszenia art. 134 Ustawy poprzez nierówne traktowanie oferentów w toku postępowania. W uzasadnieniu odwołania Odwołujący zwrócił uwagę, iż jest wieloletnim świadczeniodawcą tego typu usług, a jego oferta spełnia warunki wymagane.

Dnia 11 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Łukasza Radołę prowadzącego Profilaktykę i Rehabilitację „AKANT” NZOZ Łukasz Radoła z siedzibą w Gostyniu (63-800) przy ul. Przy Dworcu 4a (zwanego dalej: „Odwołującym Łukaszem Radołą”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Łukasz Radoła zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy poprzez błędne zastosowanie przejawiające się w wyborze ofert podmiotów, których przeprowadzona ocena była niepełna, nierzetelna i nieprawidłowa oraz wnosi o uzasadnienie punktowania ofert innych oferentów, którzy zajęli wyższe miejsca w rankingu końcowym. Wyraził także podejrzenie, iż biorąc pod uwagę świadomość wysokości punktacji swojej oferty została ona potraktowana niesprawiedliwie w trakcie negocjacji. Odwołujący Łukasz Radoła przywołuje szczegółowe wyliczenie spełnionych przez niego warunków rankingujących dla poszczególnych miejsc udzielania świadczeń i wywodzi, iż zadeklarowane przez niego posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie z dostępem dla osób niepełnosprawnych (3 punkty) może poza nim spełniać jedynie oferent Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Podkreśla także, iż po sprawdzeniu wpisów do rejestru podmiotów leczniczych jako jedyny spełnia warunek rankingujący posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1 punkt), bowiem nawet jeżeli u pozostałych oferentów są wpisy, to są one nieaktualne. Ponadto nikt poza nim w powiecie gostyńskim nie posiada kriokomory kriogenicznej (4 punkty). Biorąc pod uwagę powyższe ocenia, iż jego oferta powinna być wyższa od większości ośrodków o 9 punktów, a po propozycji finansowej przedstawionej w czasie negocjacji wnioskuje, iż musiał przegrać prawie ze wszystkimi i nie rozumie dlaczego z jego dotychczasowego kontraktu zostało zabrane i rozdysponowane między pozostałych 6 ośrodków aż 37% środków. W takim stanie rzeczy Odwołujący Łukasz Radoła przyjął założenie, iż aby zająć wyższe od niego pozycje w rankingu końcowym oferenci musieli zadeklarować posiadanie specjalisty w dziedzinie

fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu oraz podkreślił, iż zatrudnienie takiego specjalisty na terenie Gostynia jest bardzo trudne. Na tej podstawie wnosi o sprawdzenie wszystkich konfliktów, także poza województwem wielkopolskim, przy zatrudnieniu specjalistów w dziedzinie fizjoterapii wykazanych w ofertach pozostałych oferentów. Ponadto Odwołujący Łukasz Radoła wnosi o przeprowadzenie dowodu z pełnej dokumentacji wytworzonej w trakcie postępowania konkursowego, włączając w to wszystkie złożone oferty, kierowane wezwania do uzupełnienia i oświadczenia oferentów oraz „listy rankingowe” w celu porównania i wyjaśnienia dlaczego tak wysoka kwota została odjęta w większości w jego kontrakcie.

Uwzględniając okoliczność, że od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zostały złożone trzy odwołania, postanowieniem nr 1/2018/O z dnia 11 stycznia 2018 roku, działając na podstawie art. 62 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej: „k.p.a.”, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjął decyzję o połączeniu spraw do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą Karolinę Wawrzynowicz, Odwołującego SP ZOZ oraz Odwołującego Łukasza Radołę pismem z dnia 11 stycznia 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującą Karolinę Wawrzynowicz działającą przez pełnomocnika Marcina Wawrzynowicza, Odwołującego SP ZOZ, Odwołującego Łukasza Radołę oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów k.p.a., w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. W dniu 19 stycznia 2018 roku z uprawnienia tego skorzystał Pan Łukasz Radoła reprezentujący Profilaktykę i Rehabilitację „AKANT” NZOZ Łukasz Radoła z siedzibą w Gostyniu (63-800) przy ul. Przy Dworcu 4a, natomiast w dniu 22 stycznia 2018 roku z uprawnienia skorzystał Pan Piotr Miadziołko reprezentujący Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń i Pani Maria Gierczyńska, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 23 stycznia 2018 roku.

Pismem z dnia 20 stycznia 2018 roku Odwołujący Łukasz Radoła uzupełnił odwołanie poprzez postawienie zarzutów na okoliczność zakwestionowania zapewnienia spełnienia zadeklarowanych warunków wymaganych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.) oraz warunków rankingujących określonych w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie



szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.) przez oferentów:

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń, w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Wrocławskiej 8 w zakresie spełnienia warunku zainstalowania diatermii krótkofalowych i mikrofalowych w odrębnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie, zapewnienia odrębnych pomieszczeń dla sali do kinezyterapii, sali do masażu i przebieralni. Dodatkowo zwraca uwagę, iż UGUL znajduje się w pomieszczeniu przejściowym, ogólnie widocznym dla wszystkich, a intymność pacjenta powinna być zachowana w czasie przeprowadzenia wszystkich dostępnych zabiegów w każdym ośrodku, który świadczy usługi zdrowotne,
2. Maria Gierczyńska, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń, w miejscu udzielania świadczeń Pracownia Fizjoterapii zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Wrocławskiej 255A w zakresie spełnienia warunku zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni oraz Pracownia Fizjoterapii w Gostyniu (63-800) przy ul. Łokietka 3 w zakresie spełnienia warunku posiadania sali gimnastycznej zlokalizowanej w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich, bowiem z wiedzy Odwołującego Łukasza Radoły wynika, iż sala gimnastyczna znajduje się na piętrze budynku, w którym nie ma windy i w zakresie spełnienia warunku zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni,
3. Maria Radojewska, ul. Kościuszki 19, 64-125 Poniec, w miejscu udzielania świadczeń NZOZ Centrum Fizjoterapeutyczne i Edukacyjne zlokalizowanym w miejscowości Poniec (64-125) przy ul. Kościuszki 19, w zakresie spełnienia warunku zainstalowania diatermii krótkofalowych i mikrofalowych w odrębnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie oraz w zakresie spełnienia warunku zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni. Dodatkowo Odwołujący Łukasz Radoła nie zgadza się z przyznaniem 6 punktów za zadeklarowanie w kryterium ciągłość procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, bowiem we wpisie do rejestru podmiotów leczniczych nr księgi 000000025411 Pani Maria Radojewska ma wpisany dzień 8 marca 2011 roku jako datę rozpoczęcia działalności leczniczej, a zatem realizuje świadczenia dopiero od 2011 roku. Jednocześnie wyjaśnia, iż przed rokiem 2011 oferentem był Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, który realizował świadczenia w miejscowości Poniec. Zdaniem Odwołującego Łukasza Radoły

w przypadku uznania, iż prawidłowo zostały przyznane punkty w tym zakresie, to również jego oferta dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Gostyniu, przy ul. Przy Dworcu 4a powinna uzyskać 2 punkty więcej, gdyż jako oferent realizuje on umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia od 2006 roku,

4. Karolina Wawrzynowicz, ul. Rynek 8, 63-840 Krobia; w miejscu udzielania świadczeń Gabinet Fizjoterapii zlokalizowanym w Krobii (63-840), ul. Rynek 8, w zakresie spełnienia warunku zainstalowania diatermii krótkofalowych i mikrofalowych w odrębnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie oraz w zakresie spełnienia warunku zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni,
5. Bonifaterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław, miejscu udzielania świadczeń Dział Fizjoterapii zlokalizowany w miejscowości Piaski (63-820) na os. Marysin 1 w zakresie spełnienia warunku posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu. Odwołujący Łukasz Radoła podjął próbę sprawdzenia aplikacji służącej do rejestracji i w jego opinii uzyskał jednoznaczne potwierdzenie, iż nie ma możliwości zapisania się na wizytę u tego świadczeniodawcy, ponieważ na stronie internetowej w polu „Najbliższe wolne terminy NFZ” widnieje informacja „Brak wolnych terminów”. Na potwierdzenie załączył wydruk ze strony internetowej Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia. Dodatkowo Odwołujący Łukasz Radoła wnosi o zweryfikowanie czy wirówki KKD i KKG oraz krioteria na azot o tych samych numerach seryjnych nie zostały wykazane również w ofercie na świadczenia w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym oraz rehabilitacja neurologiczna. Swoje podejrzenie o nieprawidłowościach w tym zakresie wywodzi z faktu zadeklarowania przez oferenta aż 23 fizjoterapeutów, którzy będą zatrudnieni przy obsłudze pacjentów ambulatoryjnych, jednak zastrzeżone zostały godziny ich pracy. Doprowadziło to Odwołującego Łukasza Radołę do przekonania, iż osoby te są wykazane również w ofertach podanych powyżej, a według powszechnie obowiązującego prawa osoby i sprzęt wykazany w danej ofercie nie mogą w tym samym czasie świadczyć usług na innych oddziałach.

W piśmie z dnia 20 stycznia 2018 roku Odwołujący Łukasz Radoła wniósł o zweryfikowanie postawionych przez niego zarzutów przed podpisaniem umów, gdyż ich potwierdzenie może diametralnie zmienić pozycję jego oferty w rankingu końcowym.

Pismem z dnia 25 stycznia 2018 roku Odwołujący SP ZOZ uzupełnił odwołanie. Podniósł zarzuty w stosunku do:

1. oferenta Maria Radojewska – poprzez nieprawidłowe przyznanie 17 punktów, bowiem w opinii Odwołującego SP ZOZ zadeklarowanie posiadania specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu nie powinno być premiowane przyznaniem aż 17 punktów. Odwołujący nie rozumie dlaczego warunek dodatkowo oceniany miałby być tak wysoko punktowany, skoro sam tytuł specjalisty nie pozwala na wykonanie większej ilości zabiegów. Zarówno gabinet Marii Radojewskiej, jak i Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu zatrudniają taką samą liczbę osób, a zatem posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie fizjoterapii nie może tak znacząco wpływać na wysokość przyznanego danemu oferentowi kontraktu. Odwołujący SP ZOZ wyjaśnia także, iż oferent Maria Radojewska wprowadziła komisję konkursową w błąd poprzez zadeklarowanie realizacji procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, bowiem Maria Radojewska do roku 2011 była pracownikiem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu i pierwszy kontrakt z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia uzyskała na podstawie umowy cesji zawartej pomiędzy nią a Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Gostyniu dopiero w 2011 roku. Na tej podstawie, w jego subiektywnej opinii, nieprawidłowo przyznana została maksymalna liczba punktów za odpowiedź na to pytanie.
2. oferenta Maria Gierczyńska – Odwołujący SP ZOZ wskazuje, iż Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rehabilitacja, Fizykoterapia, Masaż leczniczy Maria Gierczyńska znajduje się w rankingu końcowym na wyższym poziomie, pomimo braku wywiązywania się z obowiązku prowadzenia list pacjentów oczekujących oraz przekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczeń. Dodatkowo Maria Gierczyńska nieprawidłowo zadeklarowała i uzyskała punkty za posiadanie sali gimnastycznej, która faktycznie znajduje się na piętrze budynku bez dźwigu lub innego urządzenia technicznego umożliwiającego wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, co jest sprzeczne z wymogiem określonym w załączniku nr 1 lp. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2017 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 946).
3. oferenta Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – poprzez postawienie zarzutu braku aparatu wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości zadeklarowanego w ofercie. Taki wniosek Odwołujący SP ZOZ wywodzi z przeprowadzonej rozmowy telefonicznej, w której przedstawiając się jako pacjent próbował zarejestrować się na zabieg wykonywany aparatem wytwarzającym impulsowe pole elektromagnetyczne o wysokiej częstotliwości i uzyskał informację, iż taki zabieg nie jest wykonywany, ponieważ Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z

o.o. nie posiada stosownego aparatu. Dodatkowo podnosi, iż w celu rejestracji należy zgłosić się osobiście ze skierowaniem, a brak jest możliwości telefonicznej rejestracji przez pacjenta. Odwołujący SP ZOZ uważa także, iż świadczeniodawca takiej rangi nie powinien zastrzegać w ofercie tyłu informacji jako tajemnicę przedsiębiorstwa, jeżeli nie ma nic do ukrycia.

4. oferenta Łukasz Radoła – poprzez nierzetelne prowadzenie listy pacjentów oczekujących, bowiem w opinii Odwołującego SP ZOZ przy tak dużym kontrakcie nie jest możliwe, aby był on wykonywany przy sprawozdaniu jedynie 6 osób oczekujących (w załączeniu przedstawiony został wydruk z dnia 23 stycznia 2018 roku ze strony internetowej Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne potwierdzający, iż na świadczenia u oferenta Łukasz Radoła oczekuje 6 osób, 1 osoba została skreślona, średni czas oczekiwania wynosi 81 dni, a pierwszy wolny termin to 7 maja 2018 roku). Dodatkowo w godzinach wykazanych do Narodowego Funduszu Zdrowia wykonywane są świadczenia płatne i dla Lux-Medu, a świadczenia w zakresie magnetoterapii i laseroterapii nie są udzielane w odrębnych pomieszczeniach.

W uzupełnieniu odwołania Odwołujący SP ZOZ podkreślił ponownie, iż komisja konkursowa pominęła dotychczasową realizację kontraktu przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, jego wysokość oraz kolejkę pacjentów oczekujących na świadczenia, która potwierdza jakim zaufaniem cieszy się placówka. Ponadto zwraca uwagę, iż Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu „jest szpitalem świadczącym usługi między innymi w ramach PSZ oraz przez wiele lat na podstawie kontraktu z WOW NFZ, nowe założenia systemu opieki zdrowotnej całkowicie mijają się z celem, jakim jest dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, koordynacja, brak kolejek oczekujących pacjentów. Nie takie były założenia nowego systemu, tym bardziej dla jednostek takich jak SP ZOZ”. Stanowisko w tej sprawie Odwołujący SP ZOZ zamierza przedstawić Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrowi Zdrowia poprzez organizację zrzeszającą szpitale powiatowe.

Pismem z dnia 23 stycznia 2018 roku Odwołujący SP ZOZ poprosił o przedłużenie terminu wydania decyzji, celem umożliwienia odniesienia się do nowych okoliczności, które stały mu się znane po skorzystaniu z uprawnienia przeglądania akt. W związku z powyższym oraz koniecznością zweryfikowania zarzutów podniesionych przez Odwołującego Łukasza Radołę w piśmie z dnia 20 stycznia 2018 roku, stanowiącym uzupełnienie odwołania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pismem z dnia 23 stycznia 2018 roku poinformował strony postępowania, o przedłużeniu terminu wydania decyzji do dnia 9 lutego 2017 roku.

Uwzględniając okoliczność, iż podniesione przez Odwołującego Łukasza Radołę w piśmie z dnia 20 stycznia 2018 roku oraz przez Odwołującego SP ZOZ w piśmie z dnia 24 stycznia 2018 roku zarzuty dotyczą spełnienia warunków wymaganych i rankingujących, których uwzględnienie mogłoby wpłynąć na

ostateczną ocenę ofert, postanowieniem nr 17/2018/O z dnia 26 stycznia 2018 roku, działając na podstawie art. 75 i art. 77 k.p.a., Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjął decyzję o przeprowadzeniu dowodów z oględzin u wszystkich oferentów w zakresie zweryfikowania postawionych zarzutów. O terminie przeprowadzenia dowodów z oględzin strony zostały poinformowane pismem z dnia 26 stycznia 2018 roku.

W dniu 6 lutego 2017 roku zastały przeprowadzone dowody z oględzin:

1. w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń oferenta Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w miejscowości Gostyń (63-800) przy ul. Wrocławskiej 8,
2. w lokalizacji dwóch miejsc udzielania świadczeń oferenta Maria Gierczyńska w miejscowości Gostyń (63-800) przy ul. Wrocławskiej 255 i przy ul. Łokietka 3,
3. w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń oferenta Łukasz Radoła w miejscowości Gostyń (63-800) przy ul. Przy Dworcu 4a.

W dniu 7 lutego 2017 roku zastały przeprowadzone dowody z oględzin:

1. w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń oferenta Maria Radojewska w miejscowości Poniec (64-125) przy ul. Kościuszki 19,
2. w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń oferenta Karolina Wawrzynowicz w miejscowości Krobia (63-840) przy ul. Rynek 8,
3. w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń oferenta Łukasz Radoła w miejscowości Pogorzela (63-860) przy ul. E. Orzeszkowej 13,
4. w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń oferenta Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w miejscowości Piaski (63-820) na os. Marysin 1.

Na skutek złożonych przez Odwołującą Karolinę Wawrzynowicz, Odwołującego SP ZOZ oraz Odwołującego Łukasza Radołę odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania numer 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu gostyńskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonych odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000039/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 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu gostyńskiego, złożonych zostało 7 ofert na 9 miejsc udzielania świadczeń:

1. oferta numer: 15-18-000039[05/1]-0001/00 złożona przez Marię Radojewską, ul. Kościuszki 19, 64-125 Poniec
2. oferta numer: 15-18-000039[05/1]-0002/00 złożona przez Łukasza Radołę, ul. Przy Dworcu 4A, 63-800 Gostyń, obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane w Gostyniu przy ul. Przy Dworcu 4A i w Pogorzeli przy ul. E. Orzeszkowej 13;
3. oferta numer: 15-18-000039[05/1]-0003/00 złożona przez Karolinę Wawrzynowicz, ul. Rynek 8, 63-840 Krobia;
4. oferta numer: 15-18-000039[05/1]-0004/00 złożona przez Jolantę Aleksanderek, ul. Grota Roweckiego 9K, 63-900 Rawicz;
5. oferta numer: 15-18-000039[05/1]-0005/00 złożona przez Marię Gierczyńską, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń, obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane w Gostyniu przy ul. Wrocławskiej 255 i przy ul. Łokietka 3;
6. oferta numer: 15-18-000039[05/1]-0006/00 złożona przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń;
7. oferta numer: 15-18-000039[05/1]-0007/00 złożona przez Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław.

Postępowanie nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1522 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.), zwanego dalej także „rozporządzeniem z dnia 5 sierpnia 2016 roku”;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980 ze zm.);



- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenie Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze 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 ze zmianami;

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty czterech oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u jednego oferenta. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Komisja konkursowa odrzuciła ofertę numer: 15-18-000039[05/1]-0004/00 złożoną przez Jolantę Aleksanderek, ul. Grota Roweckiego 9K, 63-900 Rawicz na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy. Żadna z ofert nie została wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 6 (słownie: sześciu) oferentów, na 8 (słownie: osiem) miejsc udzielania świadczeń, jako spełniających wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez pozostałych oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz 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, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 5 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu:
  - tak (12,00 punktów);

- nie (brak punktów);
  - specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu:
    - tak (17,00 punktów);
    - nie (brak punktów);
  - zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej:
    - tak (4,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:
- urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń:
    - tak (3,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
  - wanna do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji:
    - tak (3,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
  - zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń:
    - tak (2,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
  - sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
    - tak (3,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
  - basen rehabilitacyjny – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”:
    - tak (6,00 punktów);
    - nie (brak punktów);
  - kriokomora – w lokalizacji:
    - tak (4,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
  - przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
    - tak (2,00 punkty);

- nie (brak punktów);
- c) kategorii „Pozostałe warunki”:
  - w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii:
    - tak (2,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna”:
  - udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
    - tak ( 1,00 punkt ujemny);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
    - tak (1,00 punkt ujemny);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
    - tak (1,50 punktu ujemnego);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
    - tak (0,50 punktu ujemnego);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
    - tak (0,50 punktu ujemnego);
    - nie (brak punktów);
  - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
    - tak (0,50 punktu ujemnego);

- nie (brak punktów ujemnych);
  - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
    - tak (0,50 punktu ujemnego);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
    - tak (1,00 punkt ujemny);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
    - tak (1,00 punkt ujemny);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli:
    - tak (0,50 punktu ujemnego);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - udaremnienie lub utrudnianie kontroli:
    - tak (2,00 punkty ujemne);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
    - tak (1,00 punkt ujemny);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
    - tak (0,50 punktu ujemnego);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
    - tak (0,50 punktu ujemnego);
    - nie (brak punktów ujemnych);
- e) kategorii „Pozostałe warunki – część wspólna”:

- Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
    - tak (1,00 punkt);
    - nie (brak punktów);
  - Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
    - tak (1,00 punkt);
    - nie (brak punktów);
  - prowadzenie:
    - indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2,00 punkty);
    - elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (4,00 punkty);
    - żadna z powyższych (brak punktów);
2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „sposób wykonania umowy”:
- oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej:
    - tak (2,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
  - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym:
    - tak (2,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
  - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych:
    - tak (2,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w
- a) kategorii „Dostępność-harmonogram czasu pracy”:
- czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie:
    - tak (5,00 punktów);
    - nie (brak punktów);

b) kategorii „Dostępność – część wspólna”:

- odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
  - tak (1,00 punkt);
  - nie (brak punktów);

c) Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „ciągłość – część wspólna”:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy:
  - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 punkty);
  - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4,00 punkty);
  - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6,00 punktów);
  - żadne z powyższych (brak punktów);
- rozliczenie:
  - ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (6,00 punktów);
  - 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 (3,00 punkty);
  - żadne z powyższych (brak punktów);

d) Inne warunki oceniane – część wspólna:

- współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
  - tak (2,00 punkty);
  - nie (brak punktów);

e) Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

- 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 x  $C_{NFZ}$ ,

$C_{min}$  - 0,9 x  $C_{NFZ}$ ,

$C_{of}$  - cena zaproponowana przez oferenta,

$C_{NFZ}$  - cena oczekiwana,

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

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

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

W tym miejscu 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 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła następujące uchwały:

I. W dniu 20 listopada 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę dotyczącą trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym. Na jej podstawie 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 szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest wtedy, 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 oferenta 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 oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);

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

3) W przypadkach innych niż określone pod 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 np. posiadania sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych) lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy np. faktu współpracy oferenta z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, posiadania aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną czy prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej) wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś w przypadku nieprzedłożenia lub po ich przyjęciu, gdy nie potwierdzą one faktu spełnienia przez oferenta warunku dodatkowo ocenianego odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

II. W dniu 20 listopada 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie oceny ofert, w których zadeklarowano prowadzenie:

1. indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku;

2. 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.

Komisja konkursowa uwzględniając zmieniony stan prawny, w szczególności okoliczność, iż:

- na mocy ustawy z dnia 20 lipca 2017 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 1524) zmienił ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. W związku z powyższym, na mocy art. 1 pkt 4 ww. ustawy zmieniającej ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, **z dniem 25 sierpnia 2017 roku** uchylony został art. 13 tej ustawy. Powyższe spowodowało, iż moc obowiązującą utraciło również, wydane na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 roku w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 463);
- przepisy nieobowiązującego już rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 roku w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej stanowiły, iż elektroniczna dokumentacja medyczna jest udostępniana w SIM w formacie XML oraz, w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową, w standardzie DICOM. Zgodnie z przepisem § 4 ww. rozporządzenia, udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej odbywa się w sposób umożliwiający identyfikację uprawnionych osób. Sam zaś proces udostępniania uprawnionym podmiotom elektronicznej dokumentacji medycznej następuje przez elektroniczną transmisję danych w formacie komunikatów, które winny być zgodne ze wzorami struktury logicznej elektronicznych komunikatów opisanych za pomocą formatu XML/XSD i standardu wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową DICOM;
- świadczeniodawca deklarujący prowadzenie zarówno indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, jak również elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia winien był, na mocy powyższych przepisów, zapewnić, aby dokumentacja medyczna w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową była udostępniana w standardzie DICOM;

- treść wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 27 sierpnia 2014 roku (sygn.: *IV SA/Po 589/14*), zgodnie, z którym w przypadku udzielenia nieprawdziwej odpowiedzi na pytania ankietowe o charakterze rankingującym, oferta nie powinna zostać odrzucona, a jedyną ujemną konsekwencją powinien być brak dodatkowych punktów, który to wyrok został utrzymany w mocy wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 kwietnia 2016 roku (sygn.: *II GSK 2623/14*);
- prowadzenie dokumentacji medycznej, o której mowa w pkt 1 lit. a i b niniejszego protokołu stanowi warunek dodatkowo oceniany („rankingujący”)

komisja konkursowa przyjęła, iż w odniesieniu do oferentów, którzy zadeklarowali prowadzenie dokumentacji medycznej, o której mowa w punkcie 1. komisja konkursowa wzywała oferenta do złożenia wyjaśnień, a w sytuacji, gdy z wyjaśnień wynikało, iż oferent nie zapewnia prowadzenia ww. dokumentacji w sposób zgodny z aktualnie obowiązującymi wymaganiami – dokonała odjęcia punktów; natomiast w odniesieniu do oferentów, którzy zadeklarowali prowadzenie dokumentacji medycznej, o której mowa w punkcie 2. komisja konkursowa wzywała oferenta do złożenia wyjaśnień, w szczególności do wskazania czy oferent zapewnia prowadzenie dokumentacji w sposób wskazany w punkcie 1. niniejszego protokołu, a dopiero w sytuacji gdy z wyjaśnień wynikało, iż oferent nie zapewnia prowadzenia dokumentacji w sposób, o którym mowa w punkcie 1. i punkcie 2.– dokona odjęcia punktów.

III. Również w dniu 20 listopada 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie oceny zadeklarowanego przez oferentów warunku zapewnienia certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. Komisja konkursowa przyjęła, iż oferent spełnia kryterium posiadania certyfikatu, w sytuacji, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

- 1) zgodnie z treścią § 6 pkt 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert kryterium posiadania certyfikatu zarządzania, jest spełnione, jeżeli certyfikat obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie, a w przypadku dysponenta zespołów ratownictwa medycznego – miejsce stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego wskazane w ofercie,
- 2) zgodnie ze stanowiskiem Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 7 czerwca 2017 roku (znak: UZ-ZR.7108.90.2017.WS) należy przyjąć, iż certyfikat który obejmuje cały rodzaj świadczeń ma zastosowanie do wszystkich zakresów świadczeń (w danym rodzaju), które były realizowane przez oferenta w chwili jego wydania oraz w miejscach ich ówczesnej realizacji.

Dodatkowo uchwalono, iż warunek, o którym mowa w punkcie drugim nie będzie spełniony w sytuacji, gdy certyfikat wydany został przed dniem wpisu właściwej komórki (w ramach, której oferent realizuje świadczenia w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie) do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Omawiana uchwała znajdowała zastosowanie zarówno w odniesieniu do sytuacji,

gdy oferent zadeklarował posiadanie jednego z certyfikatów, jak i w sytuacji, gdy zadeklarowano posiadanie każdego z tych certyfikatów.

IV. i V. Nadto w dniu 20 listopada 2017 roku komisja konkursowa podjęła dwie uchwały w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością. Uwzględniając stanowisko Ministerstwa Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2017 roku (znak: UZ-AK.749.32.2017. EW) przyjęto prawidłowy sposób interpretacji pytania ankietowego:

1) 2.2.4 nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty oraz pytania ankietowego poprzez uznanie, iż punkty ujemne mogą być przyznane wyłącznie w przypadku nieprzekazania wymaganych informacji;

2) 2.2.5 nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym poprzez uznanie, iż przekazanie informacji o pierwszym wolnym terminie ze stanem danych na dzień inny niż ostatni dzień pracy miejsca udzielania świadczeń, nie może zostać uznane za „niezgodne ze stanem faktycznym”.

Komisja konkursowa zadecydowała, iż ponownie dokona analizy odpowiednio raportów:

- listach oczekujących – tj. ich liczby oraz miesiący których dotyczą, z wyłączeniem warunku przekazania raportu do 10 dnia każdego miesiąca. Warunkiem koniecznym było natomiast przekazanie raportów (za miesiące od września 2016 roku do sierpnia 2017 roku) w okresie o którym mowa w treści pytania ankietowego 2.2.4., tj. do dnia 31 sierpnia 2017 roku;
- o pierwszym wolnym terminie – tj. ich liczby, w których zostały przesłane, 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. Warunkiem koniecznym było natomiast przekazanie raportów (za tygodnie od 35 roku 2016 roku do 35 roku 2017) w okresie o którym mowa w treści pytania ankietowego 2.2.5., tj. do dnia 31 sierpnia 2017 roku;

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, komisja konkursowa przyjęła, iż będzie korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące. 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.

Podkreślenia wymaga ponownie, 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 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawarze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze powiatu gostyńskiego, wskazano 6 (słownie: sześciu) oferentów:

- Bonifratskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław;
- Karolina Wawrzynowicz, ul. Rynek 8, 63-840 Krobia;
- Łukasz Radoła, ul. Przy Dworcu 4A, 63-800 Gostyń, oferta obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane w Gostyniu przy ul. Przy Dworcu 4A i w Pogorzeli przy ul. Elizy Orzeszkowej 13;
- Maria Gierczyńska, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń, oferta obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane w Gostyniu przy ul. Łokietka 3 i ul. Wrocławskiej 255A;
- Maria Radojewska, ul. Kościuszki 19, 64-125 Poniec;

- Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń.

Komisja konkursowa wybrała wszystkie oferty, które zostały zakwalifikowane do części niejawnego postępowania. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

| Ranking końcowy<br>(malejąco wg łącznej liczby punktów oceny***) |                                                           |                                                  |                                                                                               |                             |                         |                                       |               |            |          |      |       |                             |                                  |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------|------------|----------|------|-------|-----------------------------|----------------------------------|
| Pozycja oferty w ranking u                                       | Nazwa oferenta                                            | Adres oferenta                                   | Adres miejsca udzielania świadczeń                                                            | Cena jednostki rozlicz (zł) | Punkta za ofertę cenową | Ocena oferty                          |               |            |          |      |       | Łączna liczba punktów oceny | Decyzja o wybraniu ofert tak/nie |
|                                                                  |                                                           |                                                  |                                                                                               |                             |                         | Punkta z tytułu pozostałych kryteriów |               |            |          |      |       |                             |                                  |
|                                                                  |                                                           |                                                  |                                                                                               |                             |                         | jakość                                | kompleksowość | dostępność | ciągłość | inne | razem |                             |                                  |
| 1                                                                | MARIA RADOJEWSKA                                          | 64-125 PONIEC ul. KOŚCIUSZKI 19                  | NZOZ CENTRUM FIZJOTERAPEUTYCZNE I EDUKACYJNE MARIA RADOJEWSKA 64-125 PONIEC ul. KOŚCIUSZKI 19 | 1,03                        | 5,95                    | 40                                    | 0             | 5          | 6        | 0    | 51    | 56,95                       | Tak                              |
| 2                                                                | BONIFRATERSKIE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.                 | 50-417 WROCLAW ul. GEN.ROMUALDA TRAUGUTTA 57/59  | DZIAŁ FIZJOTERAPII 63-820 PIASKI ul. OS. MARYSIN 1                                            | 1,05                        | 5                       | 30                                    | 2             | 6          | 6        | 0    | 44    | 49                          | Tak                              |
| 3                                                                | ŁUKASZ RADOŁA                                             | 63-800 GOSTYŃ ul. PRZY DWORCU 4A                 | DZIAŁ FIZJOTERAPII 63-800 GOSTYŃ ul. PRZY DWORCU 4A                                           | 1,05                        | 5                       | 31                                    | 0             | 5          | 4        | 0    | 40    | 45                          | Tak                              |
| 4                                                                | MARIA GIERCZYŃSKA                                         | 63-800 GOSTYŃ ul. ŁOKIETKA 3                     | PRACOWNIA FIZJOTERAPII 63-800 GOSTYŃ ul. ŁOKIETKA 3                                           | 1,05                        | 5                       | 26,5                                  | 0             | 5          | 6        | 0    | 37,5  | 42,5                        | Tak                              |
| 5                                                                | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSTYNIU | 63-800 GOSTYŃ ul. PL. KAROLA MARCINKOWSKIEGO 8/9 | GABINET FIZJOTERAPII - GOSTYŃ 63-800 GOSTYŃ ul. WROCLAWSKA 8                                  | 1,05                        | 5                       | 24                                    | 0             | 5          | 6        | 0    | 35    | 40                          | Tak                              |
| 6                                                                | MARIA GIERCZYŃSKA                                         | 63-800 GOSTYŃ ul. ŁOKIETKA 3                     | PRACOWNIA FIZJOTERAPII 63-800 GOSTYŃ ul. WROCLAWSKA 255A                                      | 1,05                        | 5                       | 23,5                                  | 0             | 5          | 6        | 0    | 34,5  | 39,5                        | Tak                              |
| 7                                                                | KAROLINA WAWRZYNOWICZ                                     | 63-840 KROBIA ul. RYNEK 8                        | GABINET FIZJOTERAPII 63-840 KROBIA ul. RYNEK 8                                                | 1                           | 7,38                    | 19                                    | 0             | 6          | 6        | 0    | 31    | 38,38                       | Tak                              |
| 8                                                                | ŁUKASZ RADOŁA                                             | 63-800 GOSTYŃ ul. PRZY DWORCU 4A                 | DZIAŁ FIZJOTERAPII 63-860 POGORZELA ul. ELIZY ORZESZKOWEJ 13                                  | 1,05                        | 5                       | 22                                    | 0             | 5          | 6        | 0    | 33    | 38                          | Tak                              |

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 rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 Rehabilitacja lecznicza, cz. 2. „Przedmiot postępowania: 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 świadczenia rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

**Oferent: Maria Radojewska, ul. Kościuszki 19, 64-125 Poniec**

**I. W zakresie kryterium jakość:**

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
  - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **17 punktów**;
  - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;



- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;

- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- 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,

**III. W zakresie kryterium dostępność:**

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
  - nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;

**IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**V. W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent Maria Radojewska zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł za co otrzymał **5,95 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

**Oferent: Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław**

### **I. W zakresie kryterium jakości:**

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
  - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;

- zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu 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;

- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 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 otrzymał nie otrzymał punktów;

**III. W zakresie kryterium dostępność**:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
  - zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał **1,00 punkt**;

**IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**V. W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent Bonifraterskie Centrum Zdrowia 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: Łukasz Radola, ul. Przy Dworcu 4A, 63-800 Gostyń, oferta obejmująca dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Gostyniu przy ul. Przy Dworcu 4A**

**I. W zakresie kryterium jakości:**

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
  - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;



- zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie kriokomory – w lokalizacji, za co otrzymał **4 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określone w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - pierwotnie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **jednakże informacja ta nie znalazła potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i zgodnie z uchwałą komisji z dnia 20 listopada 2017 roku, opisaną szerzej powyżej, komisja wezwała oferenta do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 13 grudnia 2017 roku oferent udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż błędnie złożył deklarację „tak” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
  - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie

12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował posiadanie certyfikatu 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;
- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- 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;

**III. W zakresie kryterium dostępność:**

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
  - nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;

**IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał **4,00 punkty**;

- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**V. W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent Łukasz Radoła zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

**Oferent: Maria Gierczyńska, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń, oferta dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Gostyniu przy ul. Łokietka 3**

**I. W zakresie kryterium jakości:**

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
  - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty,

jednakże informacja ta nie znalazła potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i zgodnie z uchwałą komisji z dnia 20 listopada 2017 roku, opisaną szerzej powyżej, komisja wezwała oferenta do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 19 grudnia 2017 roku oferent udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż w wyniku przyjęcia nieprawidłowego sposobu liczenia terminów błędnie złożył deklarację „tak” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **co skutkowało odjęciem 0,5 punktu**;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
  - zadeklarował posiadanie certyfikatu 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;
  - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- 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;

**III. W zakresie kryterium dostępność:**

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
  - nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;

**IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:



- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**V. W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent Maria Gierczyńska zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

**Oferent: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń**

**I. W zakresie kryterium jakość:**

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
  - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
  - zadeklarował posiadanie certyfikatu 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;
  - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- 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;

**III. W zakresie kryterium dostępność:**

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
  - nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;

**IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6 punktów**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**V. W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

**Oferent: Maria Gierczyńska, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń, oferta dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Gostyniu przy ul. Wrocławskiej 255A**

**I. W zakresie kryterium jakości:**

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
  - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;

- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **jednakże informacja ta nie znalazła potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i zgodnie z uchwałą komisji z dnia 20 listopada 2017 roku, opisaną szerzej powyżej, komisja wezwała oferenta do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 19 grudnia 2017 roku oferent udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż w wyniku przyjęcia nieprawidłowego sposobu liczenia terminów błędnie złożył deklarację „tak” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **co skutkowało odjęciem 0,5 punktu;**
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu 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;
  - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- 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;

**III. W zakresie kryterium dostępność:**

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:



- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;

**IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**V. W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent Maria Gierczyńska zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

**Oferent: Karolina Wawrzynowicz, ul. Rynek 8, 63-840 Krobia**

**I. W zakresie kryterium jakość:**

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;

- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
  - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- 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;

**III. W zakresie kryterium dostępność:**

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
  - zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał **1,00 punkt**;

**IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- nie zadeklarował rozliczenia ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów;

**V. W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- 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 warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

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

**Oferent: Łukasz Radola, ul. Przy Dworcu 4A, 63-800 Gostyń, oferta miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Pogorzeli przy ul. Elizy Orzeszkowej 13**

**I. W zakresie kryterium jakość:**

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
  - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
  - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
  - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
  - nie zadeklarował posiadania przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - pierwotnie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **jednakże informacja ta nie**

znalazła potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i zgodnie z uchwałą komisji z dnia 20 listopada 2017 roku, opisaną szerzej powyżej, komisja wezwała oferenta do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 13 grudnia 2017 roku oferent udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż błędnie złożył deklarację „tak” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu 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;
  - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**II. W zakresie kryterium kompleksowość** - kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- 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;

**III. W zakresie kryterium dostępność:**

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
  - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;



2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;

**IV. W zakresie kryterium ciągłość** – określonego w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

**V. W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Świadczenia odrębnie kontraktowane – część wspólna”:

- 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 warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent Łukasz Radoła zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Dokonując w toku postępowania administracyjnego wszczętego wskutek wniesionego przez pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz odwołania, oceny działania komisji konkursowej prowadzącej postępowanie nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01, wskazać na wstępie należy na kilka okoliczności mających istotny wpływ na wynik sprawy. Otóż Odwołująca Karolina Wawrzynowicz została zaproszona na negocjacje, podpisała protokół końcowy z negocjacji i jej oferta została wybrana do zawarcia umowy. O miejscu w rankingu końcowym zdecydowała punktacja, jaką Odwołująca Karolina Wawrzynowicz otrzymała za wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką

uzyskali pozostali oferenci wybrani w rankingu końcowym. Każdy z oferentów odpowiadał na takie same pytania, które wynikały z załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co jest wyrazem zagwarantowania równego traktowania oferentów w prowadzonym postępowaniu. Każdy z oferentów mógł zatem swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji kryterium. Zgodnie z art. 142 ust. 5 Ustawy w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert komisja konkursowa ma za zadanie wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 Ustawy, tj. według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny – udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowym aspektem brany pod uwagę był potencjał wykazanego w ofercie personelu. Wypełniając dyspozycję zawartą w art. 148 ust. 6 Ustawy w części niejawnego konkursu ofert Komisja może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia wyłącznie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Jak stanowi z kolei § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Biorąc pod uwagę powyższe wyjaśnić należy, iż propozycja wysokości kontraktu przedstawiona podczas negocjacji wynikała z pozycji w rankingu ustalonej na podstawie wnikliwej analizy punktacji przedłożonych ofert według kryteriów jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości, a także potencjału personelu. Komisja konkursowa nie brała pod uwagę kryterium ceny, bowiem na tym etapie cena była przedmiotem negocjacji i w tym zakresie punktacja mogła ulec jeszcze zmianie.

Przenosząc powyższe na grunt rozpatrywanego odwołania wskazać należy, iż oferta Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz w ocenie wyłącznie według kryteriów niecenowych zajęła ostatnią pozycję w rankingu, co zostało uwzględnione przy przygotowaniu propozycji zakupu świadczeń przedstawionej jej podczas negocjacji. W takim stanie rzeczy nie można zgodzić się z twierdzeniem pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz, iż negocjacje stanowiły wyłącznie fikcję. Za prawidłowe należy uznać także samo zaproszenie na negocjacje oferenta, który zajął ostatnią pozycję według kryteriów niecenowych i złożenie mu możliwej propozycji umowy w sytuacji, gdy oferenci, którzy zajęli wyższe pozycje mogliby wyczerpać wartość zamówienia. Po uwzględnieniu kryterium ceny oferta Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz znalazła się bowiem ostatecznie na przedostatniej pozycji w rankingu końcowym. Dyrektor Wielkopolskiego

Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszeń w zakresie wysokości propozycji złożonej przez komisję konkursową w trakcie negocjacji. Wysokość ta przygotowana została z uwzględnieniem wartości zamówienia zgodnie z planem zakupu świadczeń oraz uwzględnieniem pozycji jaką zajęła oferta Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz. Możliwości negocjacyjne Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej nie są nieograniczone. Nie można jednak zgodzić z twierdzeniem, iż oferent nie ma możliwości rzeczywistego wpływu na zaproponowaną wysokość kontraktu, a negocjacje przeprowadzone były w sposób nierzetelny. Umożliwienie Odwołującej Karolinie Wawrzynowicz dalszych negocjacji w tym zakresie i zakup większej ilości świadczeń przekroczyłoby wartość zobowiązania Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, określonego w ogłoszeniu postępowania o przeprowadzeniu konkursu ofert, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponownie podkreślenia wymaga, w kontekście ograniczonych środków finansowych, istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś uwzględnienie jedynie oczekiwań oraz zadeklarowanego potencjału personelu wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu i negocjowanie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w pełnej wysokości wartości zamówienia z każdym z nich. Stwierdzić zatem należy, iż zaproponowana podczas negocjacji Odwołującej Karolinie Wawrzynowicz wysokość umowy była zgodna z zasadami postępowania konkursowego i wynikała z realnych możliwości zawarcia umowy na jakie pozwalała ostatnia pozycja ustalona według kryteriów niecenowych. W konsekwencji powyższego przyjąć należało, iż nie doszło do naruszenia art. 142 ust. 5 pkt 1 w związku z art. 148 Ustawy.

Słusznie komisja konkursowa w trakcie negocjacji nie mogła wziąć pod uwagę przywołanych przez pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz dyskryminujących dla gminy Krobia argumentów dotyczących podziału środków, bowiem nie miały one wpływu na przebieg negocjacji. Komisja może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia wyłącznie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. 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. Dalej § 3 ust. 1 zarządzenia nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zmianami, stanowi, iż przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1,

jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz w rodzaju programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci ze śpiączką i leczenie dorosłych chorych ze śpiączką, odpowiednio na obszarze terytorialnym: 1) województwa, 2) więcej niż jednego powiatu, 3) powiatu, 4) więcej niż jednej gminy, 5) gminy, 6) więcej niż jednej dzielnicy, 7) dzielnicy. W obecnym postępowaniu przy uwzględnieniu liczby mieszkańców ogłoszono konkurs na obszarze powiatu gostyńskiego i na tym terenie dokonano wyboru ofert. Zasada równomiernego podziału środków publicznych przejawia się właśnie przy ustaleniu obszaru zamówienia świadczeń. Na etapie konkursu, Komisja nie ma kompetencji do rozdzielania środków proporcjonalnie dla gmin, w sytuacji, gdy konkurs ogłoszono dla obszaru powiatu. Wskazać należy, iż żaden przepis Ustawy czy przywołanego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie kreuje reguły, na którą powołuje się pełnomocnik Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz. Zadaniem komisji konkursowej jest wybór najkorzystniejszych ofert według kryteriów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6 listopada oraz w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W żaden sposób nie można zatem zgodzić się przyjętą przez pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz definicją zasady równomiernego podziału środków, która została przez niego nieprawidłowo zrozumiana.

W zakresie zarzutów dotyczących propozycji umowy na poziomie, który uniemożliwia funkcjonowanie gabinetu w praktyce i oznacza jego zamknięcie oraz problemy organizacyjne związane z brakiem możliwości zatrudnienia drugiej osoby, tj. brak możliwości poinformowania pacjentów o zamknięciu gabinetu w sytuacjach losowych, przerywanie cyklu zabiegów pacjentów, konieczność dzielenia zabiegów, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego zwraca jedynie uwagę pełnomocnika Odwołującej, iż świadczeniodawcy w rozumieniu przepisów Ustawy związani są ogólnymi warunkami umów określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146 z późn. zm.), z których wynika obowiązek zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń. W szczególności zaznaczyć należy, iż zgodnie z § 3, § 4 i § 9 załącznika do przedmiotowego rozporządzenia świadczeniodawca:

1. jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy,
2. jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności,
3. jest obowiązany przestrzegać praw pacjenta,

4. jest obowiązany podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń,
5. ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń
6. udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym,
7. w przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie przywołanych zjawisk niepożądanych, takich jak dzielenie świadczeń czy przerywanie cykli zabiegowych, które związane są z brakiem możliwości zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń wskazać może jedynie, iż Odwołująca Karolina Wawrzynowicz jako profesjonalny podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej podpisała protokół końcowy z negocjacji. W trakcie negocjacji to do niej należała ocena warunków finansowych i możliwości należytego zrealizowania umowy, a zatem należy uznać, iż świadomie przyjęła warunki ustalone w toku negocjacji.

Tym samym, w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zarzut pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz, jakoby komisja konkursowa prowadziła postępowanie z naruszeniem zasady równości oraz uczciwej konkurencji, o których mowa w art. 134 Ustawy, należy uznać za chybiony. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego nie dopatrył się naruszeń komisji konkursowej w tym zakresie.

Nadto zauważyć należy, iż zgromadzony w postępowaniu odwoławczym materiał nie potwierdza przekonania pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz, iż gabinety oferenta Maria Gierczyńska niczym szczególnym się nie wyróżniają, a sam oferent jest nietykalny i otrzymał wysoki kontrakt pomimo tego, że nierzetelnie wywiązuje się z prowadzenia „list pacjentów oczekujących” wykazując czas oczekiwania „0”. Oferta Marii Gierczyńskiej została oceniona według tych samych kryteriów co oferta Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz, a wysokość zaproponowanego jej kontraktu wynikała z pozycji jaką zajęła w rankingu. W zakresie nierzetelnego wywiązywania się z obowiązku przekazywania wymaganych informacji o listach oczekujących, przeciwnie do stanowiska pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz, z baz danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że oferent Maria Gierczyńska przekazuje regularnie informacje o prowadzonych listach oczekujących,

natomiast w zakresie nierzetelnego wywiązywania się z obowiązku przekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie zgodzić się należy ze stanowiskiem pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz, bowiem potwierdzają to bazy danych znajdujące się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Oferent Maria Gierczyńska za niewywiązywanie się z obowiązku przekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie otrzymała punkty ujemne dla oferty złożonej w obu miejscach udzielania świadczeń. Jedynie na marginesie wskazać należy, iż na dzień prowadzenia weryfikacji komisja konkursowa prawidłowo potwierdziła posiadanie przez oferenta Maria Gierczyńska wpisu w księdze rejestrowej podmiotów leczniczych nr księgi 000000017590 w miejscu wskazanym w ofercie zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Wrocławskiej 255A.

Odnosząc się do zarzutu, w którym pełnomocnik Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz kwestionuje twierdzenie komisji konkursowej, iż świadczeniodawca deklarujący prowadzenie zarówno indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, jak również elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia winien był zapewnić, aby dokumentacja medyczna w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową była udostępniana w standardzie DICOM należy stwierdzić co następuje.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, jednym z warunków dodatkowo ocenianych w postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej było prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku. Wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej określone zostały w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069 z późn. zm.), zwanego dalej rozporządzeniem o dokumentacji medycznej. Na szczególną uwagę zasługuje § 80 rozporządzeniem o dokumentacji medycznej, zgodnie z którym dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym: zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą; integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur; stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych; identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych; przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3; udostępnienie,

w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF); eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; funkcjonalność wydruku dokumentacji. Uchylenie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia nowelizacją z dnia 20 lipca 2017 roku nie wyklucza możliwości spełnienia pozostałych wymagań w zakresie prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej. Podnieść należy zatem, że jednym z warunków koniecznych możliwości zadeklarowania przez oferenta prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej była możliwość wykonania odwzorowania cyfrowego dokumentacji utworzonej pierwotnie w innej postaci niż elektroniczna i umieszczenia takiego odwzorowania w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji medycznej. Obowiązek powyższy dotyczy również analogowych zdjęć radiologicznych, których odwzorowanie powinno być dokonywane z zachowaniem formatu przewidzianego dla przekazywania i archiwizowania zdjęć rentgenowskich, czyli z zachowaniem formatu DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine).

Jak słusznie zatem przyjęła komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000039/REH/05/ 1/05.1310.208.02/01 oferent, który w składanej ofercie zadeklarował spełnienie warunku związanego z prowadzeniem indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, winien dysponować urządzeniem, które zapewnia możliwość odwzorowania cyfrowego zdjęcia radiologicznego z zachowaniem formatu DICOM. Nie oznaczało to jednak, że oferent musi mieć prawo własności odpowiedniego urządzenia. Spełnienie ww. warunku możliwe było także we współpracy z podmiotem trzecim. Stanowisko w zakresie obowiązku zachowania standardu DICOM zostało także potwierdzone w opinii Ministerstwa Zdrowia, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego z dnia 6 kwietnia 2017 roku (sygnatura UZ-PR.716.58.2017.MM) i zostało przedstawione na spotkaniu zorganizowanym ze świadczeniodawcami przed ogłoszeniem konkursu w dniu 30 października 2017 roku.

Pełnomocnik Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz kwestionuje powyższe ustalenia, bowiem dysponuje indywidualną opinią Ministerstwa Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 roku, zgodnie z którą wymóg stosowania formatu DICOM określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej z dnia 18 lutego 2011 roku (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 884) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych z dnia 27 marca 2008 roku (Dz.U. z 2008 r. nr 59, poz. 365 z późn. zm.) nie dotyczy fizjoterapeutów, o ile nie używają oni urządzeń stosowanych w pracowniach rentgenodiagnostyki i terapii radioizotopowej, wskazanych w tych



rozporządzeniach i nie opisują obrazów wygenerowanych przez te urządzenia. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszenia zasad postępowania przez komisję konkursową w tym zakresie. Obowiązujące przepisy rozporządzenia o dokumentacji medycznej nie zawierają wyłączenia w stosunku do fizjoterapeutów. Nadto podkreślenia wymaga, iż opinia z Ministerstwa Zdrowia uzyskana przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia i indywidualna opinia uzyskana przez pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz sporządzone zostały przez różne departamenty, odpowiednio Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego i Departament Funduszy Europejskich i e – Zdrowia. Nie można zatem uznać, iż Ministerstwo Zdrowia zmieniło stanowisko w tym zakresie z uwagi na fakt, iż opinia uzyskana przez pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz jest późniejsza niż stanowisko uzyskane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, bowiem pismem z dnia 22 stycznia 2018 roku (sygnatura: UZ-PR.716.310.2017.KR) Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia potwierdził, iż aktualne pozostają wyjaśnienia zawarte w stanowisku DUZ w piśmie z dnia 6 kwietnia 2017 roku (sygnatura UZ-PR.716.58.2017.MM), co jest wiążące dla Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie można zgodzić się także z twierdzeniem pełnomocnika Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz, iż w postępowaniach prowadzonych przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki w ogóle nie było możliwości uzyskania dodatkowych punktów za to kryterium. Uzyskanie punktów możliwe było po spełnieniu wymagań określonych w § 80 rozporządzenia o dokumentacji medycznej. W ofercie Odwołująca nie zadeklarowała prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku. Złożone przez nią wyjaśnienia potwierdziły brak zapewnienia odwzorowania cyfrowego zdjęcia radiologicznego z zachowaniem formatu DICOM. Komisja konkursowa prawidłowo nie przyznała zatem punktów w tym zakresie.

Za chybione uznać należy także zarzuty dotyczące potencjalnych nieprawidłowości w zakresie udzielania świadczeń w prywatnym gabinecie fizjoterapii w Krobii wykazywanych prawdopodobnie jako nadwykonania w gabinetach mających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w Rawiczu. Kwestia nadwykonań wykazywanych w gabinetach w Rawiczu nie była przedmiotem postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i żaden sposób nie wpływała na naruszenie interesu prawnego Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.



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 15-18-000039/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 Odwołującej Karoliny Wawrzynowicz 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.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego SP ZOZ w treści złożonego odwołania uzupełnionego pismem z dnia 25 stycznia 2018 roku dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna należy wskazać co następuje.

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż art. 134 Ustawy stanowi, iż 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, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku. W niniejszym postępowaniu jest to załącznik numer 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza”. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia

i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości orzekania w skargach na rozstrzygnięcia komisji konkursowych na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Zgodnie z art. 142 ust. 5 Ustawy w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert komisja konkursowa ma za zadanie wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 Ustawy, tj. według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny – udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Dopiero w drugiej kolejności aspektem branym pod uwagę przy przygotowaniu propozycji w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń był potencjał wykazanego w ofercie personelu. Wypełniając dyspozycję zawartą w art. 148 ust. 6 Ustawy w części niejawnego konkursu ofert Komisja może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia wyłącznie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Jak stanowi z kolei § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Biorąc pod uwagę powyższe wyjaśnić należy, iż propozycja wysokości kontraktu przedstawiona podczas negocjacji wynikała z pozycji w rankingu ustalonej na podstawie wnikliwej analizy punktacji przedłożonych ofert według kryteriów jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości, a w dalszej kolejności potencjału personelu. Komisja konkursowa nie brała pod uwagę kryterium ceny, bowiem na tym etapie cena była przedmiotem negocjacji i w tym zakresie punktacja mogła ulec jeszcze zmianie.

Przenosząc powyższe na sytuację Odwołującego SP ZOZ należy wskazać, iż jego oferta zajęła 5 miejsce w rankingu według kryteriów niecenowych, co zostało uwzględnione przy przygotowaniu propozycji zakupu świadczeń przedstawionej podczas negocjacji. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszeń w zakresie wysokości propozycji złożonej przez komisję konkursową w trakcie negocjacji. Wysokość ta przygotowana została z uwzględnieniem wartości zamówienia zgodnie z planem zakupu świadczeń oraz uwzględnieniem pozycji jaką zajęła oferta Odwołującego SP ZOZ. Możliwości negocjacyjne Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej nie są nieograniczone. Umożliwienie Odwołującemu SP ZOZ przyznanie kontraktu na dotychczasowych warunkach

przekroczyłoby wartość zobowiązania Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, określonego w ogłoszeniu postępowania o przeprowadzeniu konkursu ofert, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponownie podkreślenia wymaga, w kontekście ograniczonych środków finansowych, istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś uwzględnienie jedynie oczekiwań oraz zadeklarowanego potencjału personelu wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu i negocjowanie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w pełnej wysokości wartości zamówienia z każdym z nich. Stwierdzić zatem należy, iż zaproponowana podczas negocjacji Odwołującemu SP ZOZ wysokość umowy była zgodna z zasadami postępowania konkursowego i wynikała z realnych możliwości zawarcia umowy na jakie pozwalała pozycja w rankingu ustalona według kryteriów niecenowych. W konsekwencji powyższych ustaleń przyjęć należało, iż nie doszło do naruszenia art. 134 Ustawy. Zasada uczciwej konkurencji w tym zakresie jest realizowana przez Fundusz poprzez przyjęcie, iż w postępowaniu dotyczącym podziału ograniczonych środków finansowych, bierze udział nieograniczona ilość oferentów (vide orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie II SA/Ol 214/17 z dnia 26 kwietnia 2017 r.). Ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku. W tym miejscu również podkreślenia wymaga, iż wywiedzione na podstawie długości kolejki oczekujących zaufanie jakim cieszy się Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu nie jest argumentem, który wynika z kryteriów ustalonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku, a zatem nie mógł być brany pod uwagę przez komisję konkursową w postępowaniu i mieć wpływ na wysokość zaproponowanej liczby świadczeń oraz pozycję w rankingu końcowym.

Nie można zgodzić się także z twierdzeniem Odwołującego SP ZOZ, iż komisja konkursowa w poczynionych ustaleniach nie uwzględniła okoliczności, iż Odwołujący SP ZOZ jest wieloletnim świadczeniodawcą, a jego oferta spełniła warunki wymagane. Oferta uzyskała bowiem punkty dodatkowe w kategorii ciągłość udzielanych świadczeń oraz zakwalifikowana została do części niejawnej postępowania z uwagi na spełnienie warunków wymaganych.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie może podzielić opinii Odwołującego SP ZOZ w zakresie zbyt wysokiej punktacji za spełnienie warunku dodatkowo ocenianego posiadania specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu. Punktacja szczegółowo określona została w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku i komisja konkursowa związana jest jego postanowieniami, nie ma dowolności w przyznawaniu punktów. W załączniku nr 5 lp. I tabeli nr 1 zakres 2. „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna” wskazane zostało wprost, iż za spełnienie warunku posiadania specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik

co najmniej ½ etatu, otrzymuje się 17 punktów. Komisja konkursowa prawidłowo zatem przyznała oferentowi Maria Radojewska 17 punktów za spełnienie tego warunku.

Odnosząc się do zarzutu, w którym Odwołujący SP ZOZ kwestionuje prawidłowość przyznania oferentowi Maria Radojewska 6 punktów ze spełnienie warunku dodatkowo ocenionego w kryterium ciągłość udzielanych świadczeń – proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat stwierdzić należy co następuje.

Zgodzić należy się z Odwołującym SP ZOZ, iż Maria Radojewska do roku 2011 była pracownikiem Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu i pierwszą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia uzyskała na podstawie umowy cesji zawartej pomiędzy nią a Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, natomiast nie można przyjąć, iż deklarując w złożonej ofercie proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat wprowadziła komisję konkursową w błąd. Na podstawie art. 155 ust. 1 Ustawy do wszystkich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 roku, poz. 459 ze zm.), zwanej dalej „kodeks cywilny”, zgodnie z którymi czynność prawna (a więc także umowa) wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Do przeniesienia praw i obowiązków (cesji) z art. 155 ust. 5 Ustawy, także stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, zgodnie z którymi na podstawie tej czynności prawnej wraz z wierzytelnością przechodzą na nabywcę (w tym przypadku świadczeniodawcę) wszelkie związane z nią prawa, także te w zakresie obowiązku spełnienia kryterium ciągłości udzielania świadczeń. Komisja konkursowa oceniając każde miejsce udzielania świadczeń odrębnie w stosunku 1:1 prawidłowo ustaliła, iż oferent Maria Radojewska na podstawie umowy cesji spełnia warunek – proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat i przyznała 6 punktów.

Nadto zauważyć należy, iż w zakresie zarzutu podniesionego wobec oferenta Maria Gierczyńska, tj. nierzetelnego wywiązywania się z obowiązku przekazywania wymaganych informacji o listach oczekujących, przeciwnie do stanowiska Odwołującego SP ZOZ, z baz danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że oferent Maria Gierczyńska przekazuje regularnie informacje o prowadzonych listach oczekujących, natomiast w zakresie nierzetelnego wywiązywania się z obowiązku przekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie zgodzić się należy ze stanowiskiem pełnomocnika Odwołującego SP ZOZ, bowiem potwierdzają to bazy danych znajdujące się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak słusznie przyjęła komisja konkursowa, oferent Maria Gierczyńska za niewywiązywanie się z obowiązku przekazywania wymaganych informacji

o pierwszym wolnym terminie otrzymała punkty ujemne dla oferty złożonej w obu miejscach udzielania świadczeń.

Odnosząc się do zarzutu, w którym Odwołujący SP ZOZ kwestionuje przyznanie 3 punktów oferentowi Maria Gierczyńska za posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Łokietka 3, z uwagi na fakt zlokalizowania sali na pierwszym piętrze budynku bez windy, wyjaśnić należy co następuje.

Zgodnie z wymogiem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w budynkach wielokondygnacyjnych znajduje się dźwig lub inne urządzenie techniczne (z wyjątkiem schodolazów), umożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, tylko wtedy, gdy świadczenia są udzielane na kondygnacji innej niż parter. Przepis art. 146 Ustawy daje Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia ustawowe upoważnienie do określenia m. in. warunków wymaganych od świadczeniodawców przystępujących do konkursu poprzedzającego zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przepis ten nakłada na Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązek podjęcia inicjatywy w zakresie przygotowania projektu ogólnych warunków jakim muszą odpowiadać oferty i świadczeniodawcy. Są to wymogi stawiane świadczeniodawcom przystępującym do postępowania – zarówno w znaczeniu wymogów technicznych, jak i proceduralnych. Ustawowe upoważnienie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do określenia w/w warunków znajduje także oparcie w §7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146 z późn. zm.) zgodnie z którym, świadczeniodawca ma obowiązek do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie Ustawy, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. W punkcie 1. załącznika numer 6 Szczegółowe wymagania jaki powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 czerwca 2012 roku (Dz. U. z 2012 roku, poz. 739) określono, iż pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji leczniczej lokalizuje się w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Biorąc pod uwagę powyższy stan prawny, na skutek przeprowadzenia dowodu z oględzin miejsca udzielania świadczeń i weryfikacji spełnienia warunku posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ustalił, iż w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Łokietka 3 znajdują się dwie sale gimnastyczne stanowiące odrębne pomieszczenia oraz

dodatkowo sala do kinezyterapii stanowiąca odrębne pomieszczenie. Jedna z sal gimnastycznych znajduje się na piętrze budynku, prowadzi do niej 16 schodów, brak dźwigu lub innego urządzenia technicznego (z wyjątkiem schodołazów), umożliwiającego wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, a zatem nie spełnia ona wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku. Druga sala gimnastyczna znajduje się na parterze budynku, do pomieszczenia prowadzą drzwi o szerokości 70 cm uniemożliwiające wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Przed drzwiami znajduje się próg o wysokości 21 centymetrów, który zgodnie z oświadczeniem Marii Gierczyńskiej nie stanowi przeszkody dla osób na wózkach inwalidzkich, bowiem dostęp do sali gimnastycznej możliwy jest poprzez dostawienie klinu podjazdowego, który aktualnie znajduje się w naprawie. W związku z tym, iż szerokość drzwi uniemożliwia wjazd świadczeniobiorcom z niepełnosprawnością ruchową, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, a zatem należy uznać, że również sala gimnastyczna zlokalizowana na parterze budynku nie spełnia wymogów określonych w punkcie 1. załącznika numer 6 Szczegółowe wymagania jaki powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 czerwca 2012 roku. Powyższe wiedzie do wniosku, iż oferent Maria Gierczyńska nie spełnia zadeklarowanego warunku dodatkowo ocenianego posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Łokietka 3. Biorąc pod uwagę treść wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 27 sierpnia 2014 roku (sygn.: *IV SA/Po 589/14*), zgodnie, z którym w przypadku udzielenia nieprawdziwej odpowiedzi na pytania ankietowe o charakterze rankingującym, oferta nie powinna zostać odrzucona, a jedyną ujemną konsekwencją powinien być brak dodatkowych punktów, który to wyrok został utrzymany w mocy wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 kwietnia 2016 roku (sygn.: *II GSK 2623/14*), w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia Oferent Maria Gierczyńska powinna mieć odjęte 3 punkty. Wobec powyższego ocena za jakość udzielanych świadczeń winna wynosić 23,5 punktu, a ostatecznie łączna liczba punktów oceny to 39,5 punktu (zamiast 42,5 punktu).

Powyższe wskazuje, że kolejność oferentów w rankingu końcowym winna ulec zmianie, bowiem zajmująca 4 pozycję Maria Gierczyńska uzyskała łącznie 39,5 punktu, natomiast zajmujący 5 pozycję Samodzielny Publiczny Szpital Opieki Zdrowotnej w Gostyniu uzyskał łącznie 40 punktów. Podkreślenia wymaga, iż zarówno oferent Maria Gierczyńska jak i oferent Samodzielny Publiczny Szpital Opieki Zdrowotnej w Gostyniu zaproszeni zostali na negocjacje i podpisali protokoły końcowe z negocjacji. Wskazane wyżej błędy, nieznane komisji konkursowej na etapie prowadzenia postępowania w trybie

konkursu ofert pod numerem 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie zmieniają jednak rankingu końcowego w części: Decyzja o wybraniu ofert tak/nie i jako takie nie mają żadnego wpływu na wynik postępowania konkursowego.

Odwołujący SP ZOZ w swoim odwołaniu kwestionuje również spełnienie warunku dodatkowo ocenianego posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości zadeklarowanego przez oferenta Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Na skutek przeprowadzenia dowodu z oględzin miejsca udzielania świadczeń i weryfikacji spełnienia warunku posiadania aparatu wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ustalił, iż w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Piaskach (63-820) na os. Marysin 1 znajduje się urządzenie AUTOTHERM 390 typ A390 nr 1212XSW473 wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości. Biorąc pod uwagę powyższe uznać należy, iż oferent Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. spełnia warunek dodatkowo wymagany posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, a zatem komisja konkursowa prawidłowo przyznała 3 punkty za spełnienie tego warunku. Dodatkowo wyjaśnić należy, iż w zakresie zarzutu braku możliwości telefonicznej rejestracji oraz zastrzeżenia w ofercie zbyt dużej ilości informacji nie były to kryteria wpływające na ocenę złożonych ofert w postępowaniu konkursowym. Każdy z oferentów miał możliwość zastrzeżenia informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa na takich samych zasadach.

W zakresie zarzutów podniesionych w stosunku do oferenta Łukasza Radoły wskazać należy, co następuje. Po przeprowadzeniu dowodu z oględzin u oferenta Łukasza Radoły nie znalazły także potwierdzenia zarzuty niespełnienia warunku wymaganego udzielania świadczeń z magnetoterapii i elektroterapii w odrębnych pomieszczeniach zarówno w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Przy Dworcu 4A, jak i w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Pogorzeli (63-860) przy ul. E. Orzeszkowej 13. Komisja konkursowa prawidłowo zatem uznała spełnienie warunków wymaganych przez Łukasza Radołę i zakwalifikowała jego ofertę do części niejawnej postępowania. Z baz danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że oferent Łukasz Radoła przekazuje informacje o prowadzonych listach oczekujących bez naruszeń, które potwierdzałyby zarzut nierzetelnego ich prowadzenia. Także w zakresie zarzutu realizowania świadczeń płatnych i dla Lux-Med w godzinach wykazanych do Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazać jedynie należy, iż przedmiotem postępowania nie jest analiza wewnętrznej organizacji oferenta. Sposób w jaki oferent zorganizuje harmonogram korzystania ze sprzętu na poszczególnych stanowiskach należy wyłącznie do autonomicznej decyzji oferenta. Komisja konkursowa prawidłowo zweryfikowała zadeklarowaną dostępność godzinową i harmonogram pracy miejsc udzielania świadczeń i zadeklarowanego personelu. Ponadto prawidłowo zweryfikowane zostały warunki wymagane i rankingujące dotyczące personelu i jego



kwalifikacji. Oferenci zadeklarowali w swoich ofertach spełnianie warunków dotyczących sprzętu oraz pomieszczeń i w całym okresie związania umową zobowiązani są do świadczenia usług zgodnie z umową.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu pomimo, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, to jednak nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego SP ZOZ, bowiem dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000039/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 Odwołującego SP ZOZ 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.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego Łukasza Radołę w treści złożonego odwołania uzupełnionego pismem z dnia 25 stycznia 2018 roku dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna należy wskazać co następuje.

Zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy, ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 określono, iż zostaną zawarte umowy dla 8 (słownie: ośmiu) miejsc udzielania świadczeń, wobec wskazania maksymalnej ilości 8 (słownie: osiem). O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja, jaką Odwołujący Łukasz Radoła otrzymał za wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali pozostali oferenci wybrani w rankingu. Każdy z oferentów odpowiadał na takie same pytania, które wynikały z załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia



2016 roku, co jest wyrazem zagwarantowania równego traktowania oferentów w prowadzonym postępowaniu. Każdy z oferentów mógł zatem swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji kryterium. W tym miejscu należy zgodzić się z odwołującym Łukaszem Radołą, iż jako jedyny w powiecie gostyńskim posiada kriokomorę kriogeniczną, za co komisja konkursowa słusznie przyznała mu 4 punkty. Ponadto, w przypadku stwierdzonej przez komisję konkursową oczywistej pomyłki oferenta w złożonej ofercie w zakresie, o którym mowa w uchwale komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku, każdy z oferentów mógł złożyć stosowne wyjaśnienia, na podstawie których komisja konkursowa dokonywała zmiany odpowiedzi, co skutkowało nieodejmowaniem punktów lub ich dodaniem – w przypadku spełnienia kryterium dodatkowo punktowanego, bez ryzyka odrzucenia jego oferty. Uchwała ta znalazła zastosowanie także w stosunku do Odwołującego Łukasza Radoły, który zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, jednakże informacja ta nie znalazła potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i został wezwany do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 13 grudnia 2017 roku Odwołujący Łukasz Radoła udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż błędnie złożył deklarację „tak” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów ujemnych. Zatem warunki, na jakich oferenci zostali dopuszczeni do dalszego etapu postępowania konkursowego, były jednakowe dla każdego z nich. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określona w ogłoszeniu wartość przedmiotu zamówienia, tj. wartość środków finansowych jaką Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ przeznaczył na udzielenie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, została wyczerpana niemal całkowicie. Wszyscy oferenci zakwalifikowani do części niejawnej postępowania zostali wybrani do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Co istotne (w kontekście ograniczonych środków finansowych), istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową. Tym samym, w ocenie Dyrektora Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ, zarzut Odwołującego Łukasza Radoły, jakoby Komisja konkursowa prowadziła postępowanie z naruszeniem zasady równości oraz uczciwej konkurencji, o których mowa w art. 134 ust. 1 Ustawy, należy uznać za chybiony.

W złożonym odwołaniu, Odwołujący Łukasz Radoła zwrócił uwagę, iż po zweryfikowaniu wpisów do rejestru podmiotów leczniczych jako jedyny spełnia warunek posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, bowiem nawet jeżeli u pozostałych oferentów są wpisy, to są one nieaktualne. Spełnienie warunku dodatkowo ocenianego w zakresie posiadania certyfikatu ISO 9001, poza Odwołującym

Łukaszem Radołą, zadeklarowali oferenci: Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., Maria Gierczyńska (dla obu miejsc udzielania świadczeń) i Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gostyniu. Zgromadzony materiał potwierdza, iż do każdej oferty wymienionych wyżej oferentów załączona została kopia aktualnego certyfikatu ISO 9001. Należy zatem uznać, iż komisja konkursowa prawidłowo przyznała punkty w tym zakresie.

Podkreślenia wymaga, iż Odwołujący Łukasz Radoła przyjął błędne założenie, iż przegrał niemal ze wszystkimi, a oferenci, którzy zajęli wyższe od niego pozycje w rankingu końcowym zadeklarowali posiadanie specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu i na tej podstawie wniósł o zweryfikowanie wszystkich konfliktów personelu, także poza województwem wielkopolskim. Faktycznie spełnienie tego warunku zadeklarował jedynie oferent Maria Radojewska, która w ofercie jako specjalistę w dziedzinie fizjoterapii wykazała samą siebie. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kwestionowanie faktycznego udzielania świadczeń Marii Radojewskiej we własnej placówce jest niezasadne i wniosek Odwołującego Łukasza Radoły w tym zakresie nie został uwzględniony.

Odnosząc się kolejno do zarzutów na okoliczność zapewnienia warunków wymaganych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6 listopada 2013 roku oraz warunków rankingujących określonych w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podniesionych w stosunku do poszczególnych oferentów na skutek przeprowadzenia dowodów z oględzin miejsc udzielania świadczeń Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ustalił, co następuje:

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Pl. Karola Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń, w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Wrocławskiej 8:
  - spełnia warunek zainstalowania diatermii krótkofalowych i mikrofalowych w odrębnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie,
  - spełnia warunek zapewnienia odrębnych pomieszczeń dla sali do kinezyterapii,
  - spełnia warunek zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla sali do masażu,
  - spełnia warunek zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni.

Zgodzić się natomiast należy ze stanowiskiem Odwołującego Łukasza Radoły, iż UGUL znajduje się poza salą do kinezyterapii, w pomieszczeniu przejściowym, ogólnie widocznym dla wszystkich. Wobec powyższego zastosowanie znajdują przepisy załącznika 1. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z dnia 6 listopada 2013 roku,

gdzie w punkcie 2. Wyposażenie w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii określone zostało:

1) wyposażenie do zabiegów kinezyterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń:

a) wyposażenie sali kinezyterapii: stół rehabilitacyjny, drabinki rehabilitacyjne, lub inne spełniające takie same funkcje, maty lub materace do kinezyterapii,

b) rotory do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych,

c) Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) lub inny system spełniający jego rolę,

d) stół lub tablica do ćwiczeń manualnych (ręki),

a w punkcie 4 Wymagane warunki dotyczące pomieszczeń określono, iż sala do kinezyterapii powinna stanowić odrębne pomieszczenie.

Natomiast zgodnie z punktem 3. załącznika nr 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 czerwca 2012 roku urządzenia wykorzystywane do zabiegów fizykoterapeutycznych lokalizuje się w sposób zapewniający intymność pacjenta podczas zabiegów fizykoterapeutycznych. Analiza wskazanego stanu prawnego prowadzi do przekonania, iż przepisy nie wskazują wprost, aby UGUL winien znajdować się w sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie. Zabiegi kinezyterapeutyczne nie należą także do zakresu zabiegów fizykoterapeutycznych, dla których określony został wymóg zapewnienia intymności pacjentów.

2. Maria Gierczyńska, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń, w miejscu udzielania świadczeń Pracownia Fizjoterapii zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Wrocławskiej 255A:

- spełnienia warunków zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni.

3. Maria Gierczyńska, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń, w miejscu udzielania świadczeń Pracownia Fizjoterapii zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Łokietka 3:

- nie spełnienia warunku posiadania sali gimnastycznej zlokalizowanej w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich. Biorąc pod uwagę treść wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 27 sierpnia 2014 roku (sygn.: IV SA/Po 589/14), zgodnie, z którym w przypadku udzielenia nieprawdziwej odpowiedzi na pytania ankietowe o charakterze rankingującym, oferta nie powinna zostać odrzucona, a jedyną ujemną konsekwencją powinien być brak dodatkowych punktów, który to wyrok został utrzymany w mocy wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 kwietnia 2016 roku (sygn.: II GSK 2623/14), w ocenie

Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia Oferent Maria Gierczyńska powinna mieć odjęte 3 punkty. Wobec powyższego ocena za jakość udzielanych świadczeń winna wynosić 23,5 punktu, a ostatecznie łączna liczba punktów oceny to 39,5 punktu (zamiast 42,5 punktu). Powyższe wskazuje, że kolejność oferentów w rankingu końcowym winna ulec zmianie, bowiem zajmująca 4 pozycję Maria Gierczyńska uzyskała łącznie 39,5 punktu, natomiast zajmujący 5 pozycję Samodzielny Publiczny Szpital Opieki Zdrowotnej w Gostyniu uzyskał łącznie 40 punktów. Wskazane wyżej błędy, nieznanie komisji konkursowej na etapie prowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert pod numerem 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie zmieniają jednak rankingu końcowego w części: Decyzja o wybraniu ofert tak/nie i jako takie nie mają żadnego wpływu na wynik postępowania konkursowego oraz na interes prawny Odwołującego Łukasza Radoły.

- spełnienia warunek zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni.
4. Maria Radojewska, ul. Kościuszki 19, 64-125 Poniec, w miejscu udzielania świadczeń NZOZ Centrum Fizjoterapeutyczne i Edukacyjne zlokalizowanym w miejscowości Poniec (64-125) przy ul. Kościuszki 19:
- spełnienia warunek zainstalowania diatermii krótkofalowych i mikrofalowych w odrębnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie,
  - spełnia warunek zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni.

W zakresie zarzutu dotyczącego przyznania 6 punktów za zadeklarowanie w kryterium ciągłość procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat zgodzić należy się z Odwołującym Łukaszem Radołą, iż Maria Radojewska do roku 2011 była pracownikiem Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu, a dopiero od 2011 roku rozpoczęła prowadzenie własnej działalności leczniczej. Wyjaśnienia wymaga jednak, iż pierwszą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia uzyskała na podstawie umowy cesji zawartej pomiędzy nią a Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Gostyniu. Na podstawie art. 155 ust. 1 Ustawy do wszystkich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, zgodnie z którymi czynność prawna (a więc także umowa) wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Do przeniesienia praw i obowiązków (cesji) z art. 155 ust. 5 Ustawy, także stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, zgodnie z którymi na podstawie tej czynności prawnej wraz z wierzytelnością przechodzą na nabywcę (w tym przypadku

świadczeniodawcę) wszelkie związane z nią prawa, także te w zakresie spełnienia obowiązku spełnienia kryterium ciągłości udzielania świadczeń. Komisja konkursowa oceniając każde miejsce udzielania świadczeń odrębnie w stosunku 1:1 prawidłowo ustaliła, iż oferent Maria Radojewska na podstawie umowy cesji spełnia warunek – proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat. Nie można także zgodzić się z Odwołującym Łukaszem Radołą, że ze względu na prowadzenie działalności od 2006 roku dla jednego miejsca udzielania świadczeń spełnia warunek – proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat dla obu miejsc udzielania świadczeń.

5. Karolina Wawrzynowicz, ul. Rynek 8, 63-840 Krobia; w miejscu udzielania świadczeń Gabinet Fizjoterapii zlokalizowanym w Krobii (63-840), ul. Rynek 8:
  - spełnia warunek zainstalowania diatermii krótkofalowych i mikrofalowych w odrębnych pomieszczeniach (boksach), odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie,
  - spełnia warunek w zakresie zapewnienia odrębnego pomieszczenia dla przebieralni.
6. Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Gen. Romualda Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław, miejscu udzielania świadczeń Dział Fizjoterapii zlokalizowany w miejscowości Piaski (63-820) na os. Marysin 1:
  - spełnia warunek posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.

Dodatkowo zweryfikowanie zostało czy wirówki KKD i KKG oraz krioterapia na azot o tych samych numerach seryjnych nie zostały wykazane również w ofercie na świadczenia w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym oraz rehabilitacja neurologiczna. Również zarzuty w tym zakresie nie znalazły potwierdzenia w dokumentach konkursowych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uwzględniając powyższe, poza nieprawidłowym zadeklarowaniem sali gimnastycznej w odrębnym pomieszczeniu w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Gostyniu (63-800) przy ul. Łokietka 3 przez oferenta Maria Gierczyńska, komisja konkursowa prawidłowo dokonała ustaleń w zakresie zarzutów spełnienia warunków wymaganych i rankingujących podniesionych przez Odwołującego Łukasza Radołę.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia

postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. 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 15-18-000039/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 Odwołującego Łukasza Radoły 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.

W świetle powyższego stwierdzić należy, iż w złożonych odwołaniach nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000039/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu gostyńskiego, a zatem należy uznać, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołujących i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionych odwołań.

Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

**Z up. Dyrektora WOW NFZ**  
*Z-ca Dyrektora  
ds. Ekonomiczno-Finansowych  
Magdalena Kraszewska (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 (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek



o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

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

Wykonano w 8 egz.:

1. Odwołująca Karolina Wawrzynowicz,
2. Odwołujący SP ZOZ,
3. Odwołujący Łukasz Radoła,
4. Maria Radojewska, ul. Kościuszki 19, 64-125 Poniec,
5. Maria Gierczyńska, ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń,
6. Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Gen. R. Traugutta 57/59, 50-417 Wrocław,
7. a/a,
8. a/a.

Opr. Liwia Polcyn-Nowak