

Znak: WOKS-II.422.1.2018
WOKS.MC

Zielona Góra, dnia 26 marca 2018 r.

DECYZJA Nr 6/2018/KO**Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze****z dnia 26 marca 2018 roku.**

Na podstawie art. 154 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpoznaniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wniesionego przez Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze przy Al. Niepodległości 1, zwaną dalej „Oferentem”, wskutek oddalenia w I instancji przez Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia odwołania wniesionego przez Oferenta od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01, które prowadzone było w trybie konkursu ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna - na obszarze: 0809092 - Zabór i 0862011 - Zielona Góra, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - **utrzymał w mocy swoją decyzję nr 2/2018/KO z dnia 6 marca 2018 r.**

UZASADNIENIE

Zarządzeniem Nr 280/2017 z dnia 12 grudnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia konkursów ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2018 – 2022, w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie w trybie konkursu ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze: 0809092 - Zabór i 0862011 - Zielona Góra. Postępowanie to prowadzone było pod numerem: 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 2 637 600,00 zł, na okres rozliczeniowy od dnia 1 marca 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania w ramach wskazanego postępowania, określona została na maksymalnie 7 umów. Wskazano również okres obowiązywania umów: od 1 marca 2017 roku do 30 września 2022 roku.

Postępowanie konkursowe prowadzone było w oparciu o przepisy:

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

- 2) 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, poz. 1372 ze zm.),
- 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),
- 4) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj.: Dz.U. z 2016r., poz. 1146 ze zm.),
- 5) 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 śpiaczką (ze zmianami),
- 6) zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami).

W ramach ogłoszonego postępowania oferty złożyli:

- NZOZ „REHABILITACJA” s.c. E. Bagińska – Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnica, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa – Świejkowska z siedzibą w Zielonej Górze przy Al. Wojska Polskiego 86 (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/3/0405),
- Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety Prowincja Poznańska z siedzibą w Poznaniu przy ul. Łąkowej 1 (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/2/0405),
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Wazów 42 (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/8/0405),
- Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze przy Al. Niepodległości 1 (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/7/0405),
- Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Zyty 26 (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/1/0405),
- Waldemar Szumkowski, prowadzący działalność leczniczą pod firmą: Waldemar Szumkowski WALMED z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Stefana Batorego 126a (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405),
- Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman – Jocz z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Stefana Wyszyńskiego 99 (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/4/0405),
- Maria Ziólkowska, prowadząca działalność leczniczą pod firmą: Zakład Rehabilitacji Maria Ziólkowska z siedzibą w Zielonej Górze – Stary Kisielin przy ul. Dojazdowej 43A (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405).

Wszystkie oferty zostały złożone w terminie.

Zarządzeniem Nr 25/2018 z dnia 30 stycznia 2018 r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu w Zielonej Górze ustalił na dzień 16 lutego 2018 r., nowy termin rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W dniu 26 stycznia 2018 r. wpłynął do LOW NFZ w Zielonej Górze protest Oferenta Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze, na dokonaną przez Komisję czynność zmiany odpowiedzi z TAK na NIE - na pytanie ankietowe nr 1.3.1.1, cyt.: *REH_W Odrębna aplikacja służąca wykonywaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.* Pismem z dnia 31 stycznia 2018r. Komisja konkursowa zawiadomiła Aldemed Centrum Medyczna Sp. z o.o. o nieuwzględnieniu wniesionego protestu.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja odrzuciła ofertę nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405, która została złożona przez Pana Waldemara Szumkowskiego, prowadzącego działalność leczniczą pod firmą: Waldemar Szumkowski WALMED z siedzibą w Zielonej Górze. Odrzucenie oferty nastąpiło na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z powodu niespełnienia wymaganych warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 w/w ustawy. W dniu 6 lutego 2018 r. wpłynął do LOW NFZ w Zielonej Górze protest oferenta Waldemara Szumkowskiego, którym zaskarżono decyzję Komisji konkursowej w przedmiocie odrzucenia oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405. Pismem z dnia 13 lutego 2018 r. Komisja konkursowa zawiadomiła Pana Waldemara Szumkowskiego o nieuwzględnieniu wniesionego protestu.

Zarządzeniem Nr 42/2018 z dnia 15 lutego 2018 r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu w Zielonej Górze ustalił na dzień 21 lutego 2018 r., nowy termin rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W dniu 21 lutego 2018 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania, poprzez dokonanie wyboru:

- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/1/0405, która została złożona przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze,
- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/2/0405, która została złożona przez Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety Prowincja Poznańska z siedzibą w Poznaniu,
- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/3/0405, która została złożona przez NZOZ „REHABILITACJA” S.C. E. Bagińska-Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnicka, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa-Świejkowska z siedzibą w Zielonej Górze,
- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/4/0405, która została złożona przez Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz z siedzibą w Zielonej Górze,

- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405, która została złożona przez Marię Ziółkowską z siedzibą w Zielonej Górze,
- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/8/0405, która została złożona przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze.

Rozstrzygnięcie postępowania konkursowego zostało prawidłowo ogłoszone przez Zamawiającego.

Od powyższego rozstrzygnięcia zostały wniesione odwołania:

- w dniu 27 lutego 2018 r. przez Oferenta - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze,
- w dniu 27 lutego 2018 r. przez Pana Waldemara Szumkowskiego, prowadzący działalność leczniczą pod firmą: Waldemar Szumkowski WALMED z siedzibą w Zielonej Górze [*uwaga organu: odwołanie to jest rozpatrywane przez Dyrektora Oddziału w ramach odrębnego postępowania administracyjnego*].

W odwołaniu Oferent - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. podniósł następujące zarzuty:

- naruszenia zasady uczciwej konkurencji oraz zasady równego traktowania świadczeniobiorców (*uwaga organu: Oferentowi najprawdopodobniej chodziło o świadczeniodawców – nie zaś o świadczeniobiorców*),
- naruszenie przepisów § 3 pkt 5 i § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W uzasadnieniu odwołania Oferent wskazał, że ma interes prawny w złożeniu protestu (*uwaga organu: Oferentowi najprawdopodobniej chodziło o odwołanie – nie zaś o protest*), przejawiający się w możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku naruszenia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Oferent nie może stać się podmiotem stosunku prawnego, którego przedmiotem byłoby prawo do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w konsekwencji Oferent poniesie szkodę z tego tytułu. W dalszej części swojego uzasadnienia Oferent wskazał, że:

- ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania w trybie konkursu ofert nie zawiera żadnego uzasadnienia, w zakresie obejmującym wybór wskazanych w nim oferentów oraz przyczyn nie dokonania wyboru Oferenta,
- spełnia on wszystkie warunki zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- jego oferta nie mogła być gorzej oceniona niż inne oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu,
- Komisja konkursowa pominęła, iż Oferent od 10 lat świadczy usługi rehabilitacyjne, spełniając wymogi NFZ,

- Komisja konkursowa nie podjęła działań w celu wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości, które powzięła, nie przeprowadziła z Oferentem negocjacji oraz nie przeprowadziła kontroli u Oferenta,
- Komisja konkursowa dokonała wyboru 6 oferentów, w sytuacji gdy w ogłoszeniu o konkursie ofert wskazano, że maksymalna liczba umów, które zostaną zawarte, to 7 umów.

Pismami z dnia 1 marca 2018 r. Oferent oraz oferenci wybrani do zawarcia umowy - zostali zawiadomieni, o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 5 marca 2018 r. w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze, jak również o prawie wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz złożonych żądań. Z prawa do zapoznania się z aktami sprawy skorzystały wszystkie osoby/podmioty, które posiadają status strony niniejszego postępowania administracyjnego.

Decyzją nr 2/2018/KO z dnia 6 marca 2018r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie uwzględnił odwołania Oferenta, od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Pismem z dnia 13 marca 2018r. Oferent złożył w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, która w pierwszej instancji została zakończona wydaniem decyzji nr 2/KO/2018. W uzasadnieniu przedmiotowego wniosku, Oferent podniósł zarzuty:

- naruszenia zasady uczciwej konkurencji oraz zasady równego traktowania świadczeniodawców,
- naruszenia § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- nie zastosowania w stosunku do Oferenta art. 142 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy,
- naruszenia art. 139 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy,
- naruszenia art. 7, art. 77 § 1, art. 80, art. 107 § art. 138 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego w zw. z art. 154 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent wskazał, że ma interes prawny w złożeniu wniosku, przejawiający się w możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku naruszenia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Oferent nie może stać się

podmiotem stosunku prawnego, którego przedmiotem byłoby prawo do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w konsekwencji Oferent poniesie szkodę z tego tytułu. W dalszej części swojego uzasadnienia Oferent wskazał, że:

- na podstawie § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oferent nie musi spełniać wymaganego warunku – przed dniem zawarcia umowy, a jedynie od dnia jej zawarcia przez cały okres jej obowiązywania,
- jego oferta nie mogła być gorzej oceniona niż inne oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu,
- w zaskarżonej decyzji organ I instancji nie podał, za co przyznał Oferentowi punkty w ramach kryterium „jakość”,
- nie przyznania oferentowi 17 punktów za wskazanie w ofercie fizjoterapeuty, który jeszcze w 2018r. uzyska stopień specjalisty,
- nie uwzględnienie faktu, iż w przypadku świadczeń ambulatoryjnych lekarz – już po II roku specjalizacji, traktowany jest jako pełnoprawny specjalista,
- nie zaproszenie Oferenta na negocjacje, stanowi naruszenie § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy.

Pismami z dnia 15 marca 2018 r. Oferent oraz oferenci wybrani do zawarcia umowy - zostali zawiadomieni, o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 5 marca 2018 r. w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze, jak również o prawie wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz złożonych żądań.

Po rozpatrzeniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wniesionego przez Oferenta - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o., Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Dyrektorem Oddziału”, zważył, co następuje:

Na podstawie przepisu art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ww. ustawy. Zgodnie z przepisem art. 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu [ust. 1]. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia [ust. 2]. 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 [ust. 3]. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy [ust. 4]. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 3 [ust. 5]. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu [ust. 6].

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego do wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące odwołań od decyzji.

Szczegółowe warunki wymagane od oferentów oraz warunki udzielania świadczeń, objętych przedmiotem postępowania, ustalone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2013r., poz. 1522 ze zmian.) oraz w zarządzeniu 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). Natomiast kryteria oceny ofert określone zostały w rozporządzeniu 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, poz. 1372 ze zm.).

Przedstawione powyżej dokumenty określają kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, które miały zastosowanie w zakończonym postępowaniu konkursowym. Dokumenty te zostały wskazane w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym.

Na podstawie przepisu art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
- 2) kompleksowości,
- 3) dostępności,
- 4) ciągłości,
- 5) ceny

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Stosownie do treści art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (w nawiasach podano liczbę punktów możliwą do uzyskania przez oferentów):

I. Jakość:

1. Personel:

1.1. Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu:

- tak (12 punktów);
- nie (0 punktów).

1.2. Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu:

- tak (17 punktów);
- nie (0 punktów).

1.3. Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej:

- tak (4 punkty);
- nie (0 punktów).

2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

2.1. Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń:

- tak (3 punkty);
- nie (0 punktów).

2.2. Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji:

- tak (3 punkty);
- nie (0 punktów).

2.3. Zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń:

- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

2.4. Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń:

- tak (3 punkty);
- nie (0 punktów).

2.5. Basen rehabilitacyjny - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji:

- tak (6 punktów);
- nie (0 punktów).

2.6. Kriokomora - w lokalizacji:

- tak (4 punkty);
- nie (0 punktów).

2.7. Przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń:

- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

3. Pozostałe warunki:

3.1. W jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii:

- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

II Kompleksowość:

1. Sposób wykonania umowy:

1.1. Realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej:

- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

1.2. Realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym:

- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

1.3. Realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych:

- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

III Dostępność:

1. Dostępność – harmonogram czasu pracy

1.1. Czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie:

- tak (5 punktów);
- nie (0 punktów).

IV. **Cena** - obliczona zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert (maksymalnie 10 punktów) - 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

W tym miejscu wyjaśnienia wymaga fakt, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia w sprawie 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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta

C_{NFZ} - cena oczekiwana

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

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

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

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

I. Jakość - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości. Maksymalna suma punktów ujemnych: - 12.

1. Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.
 - tak (-1 pkt),
 - nie (0 pkt).
2. Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (-1 pkt),
 - nie (0 pkt).
3. Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (-1,5 pkt),
 - nie (0 pkt).
4. Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (-0,5 pkt),
 - nie (0 pkt).
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:
 - tak (-0,5 pkt),
 - nie (0 pkt).

6. Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - tak (-0,5 pkt),
 - nie (0 pkt).
7. Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (-0,5 pkt),
 - nie (0 pkt).
8. Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (-1 pkt),
 - nie (0 pkt).
9. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (-1pkt),
 - nie (0 pkt).
10. Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (-0,5 pkt),
 - nie (0 pkt).
11. Udaremnienie lub utrudnianie kontroli:
 - tak (-2 pkt),
 - nie (0 pkt).
12. Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (-1pkt),
 - nie (0 pkt).
13. Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (-0,5 pkt),
 - nie (0 pkt).
14. Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (-0,5 pkt),
 - nie (0 pkt).

II. Jakość - pozostałe warunki. Maksymalna suma punktów: 6.

1. Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1 pkt),
 - nie (0 pkt).
2. Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1 pkt),

- nie (0 pkt).

3. Prowadzenie dokumentacji medycznej – 3 możliwości odpowiedzi:

- indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2 pkt),
- elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (4 pkt),
- żadna z powyższych (0 punktów).

III. Dostępność. Maksymalna suma punktów: 1.

1. Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (1 pkt);
 - nie (0 pkt).

IV. Ciągłość. Maksymalna suma punktów: 12.

1. W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców (1 odpowiedź do wyboru):
 - w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2 pkt.),
 - w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4 pkt.),
 - w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6 pkt.),
 - żadne z powyższych (0 pkt).
2. Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty: (1 odpowiedź do wyboru):
 - rozliczenie ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń (6 pkt),
 - rozliczenie ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń (3 pkt),
 - żadne z powyższych (0 pkt).

V. Inne. Maksymalna suma punktów: 2.

1. Współpraca z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:

- tak (2 pkt);
- nie (0 pkt).

Należy podkreślić, że za kryteria pozacenowe każdy oferent maksymalnie mógł uzyskać 90 punktów oraz 10 punktów za kryterium cena.

W orzecznictwie sądów administracyjnych trafnie podkreśla się, że zarówno postępowanie w formie konkursu ofert, jak i postępowanie w trybie rokowań, jest postępowaniem opartym na zasadzie konkurencji, co oznacza, że o ograniczoną ilość dóbr może się ubiegać nieograniczona liczba świadczeniodawców. Ustalenie wyniku tego konkurowania w postaci rankingu, tj. klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty, stanowi porównanie ofert świadczeniodawców, biorących udział w postępowaniu.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01, ranking otwarcia przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	KRYTERIA						LICZBA PUNKTÓW ZA KRYTERIA POZACE - NOWE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW W OCENY
	Jakość	Komplek - sowość	Dostęp - ność	Ciągłość	Inne	Cena		
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze	55,00	2,00	6,00	6,00	0,00	5,00	69,00	74,00
Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska	49,00	0,00	6,00	6,00	0,00	10,00	61,00	71,00
Maria Ziółkowska	48,50	0,00	5,00	6,00	0,00	10,00	59,50	69,50
NZOZ "REHABILITACJ A" S.C. E.Bagińska- Woga,A. Maćkowiak, A. Proskórnicka, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa- Świejkowska	48,00	0,00	5,00	6,00	0,00	7,50	59,00	66,50
Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz	48,00	0,00	5,00	6,00	0,00	5,00	59,00	64,00
Szpital Uniwersytecki im. Karola	44,00	0,00	5,00	6,00	0,00	5,00	55,00	60,00

Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.								
Aldemed Centrum Medyczne spółka z o.o.	32,50	4,00	5,00	6,00	0,00	5,00	47,50	52,50

Z uwagi na fakt, iż ranking otwarcia sporządzany jest przez Komisję na zakończenie części jawnej postępowania konkursowego, w rankingu tym nie została ujęta oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405, złożona przez Pana Waldemara Szumkowskiego, prowadzącego działalność leczniczą pod firmą: Waldemar Szumkowski WALMED z siedzibą w Zielonej Górze, bowiem została ona odrzucona przez Komisję konkursową w trakcie części jawnej przedmiotowego postępowania konkursowego. Odrzucenie tej oferty nastąpiło na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W wyniku dokonania sprawdzenia wszystkich złożonych ofert, które nie zostały odrzucone w części jawnej przedmiotowego postępowania konkursowego, w tym skonfrontowania ich treści z uzyskaną punktacją, Dyrektor Oddziału ustalił następujący stan faktyczny.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze:

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów;
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował kriokomorę - w lokalizacji, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;

- nie zadeklarował, że 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.;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

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

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 1,00 zł, za co otrzymał 5,000 punktów.

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- Oferent nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów.
- zadeklarował prowadzenie dokumentacji medycznej elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 4 punkty;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1 punkt;

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 6 punktów;

- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty rozliczenia ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń lub rozliczenie ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- 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;

Maria Ziółkowska, prowadząca działalność leczniczą pod firmą Zakład Rehabilitacji Maria Ziółkowska z siedzibą w Zielonej Górze – Stary Kisielin:

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów;
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował kriokomory - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował, że 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;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

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

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 0,90 zł, za co otrzymał 10,000 punktów.

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, *przy czym na podstawie analizy LOW NFZ, decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Tak”, co wiązało się z przyznaniem ujemnych punktów tj. -0,5000 punktów;*
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 2 punkty;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

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

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

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

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- 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;

Aldemed Centrum Medyczne Spółka z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze:

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, *przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;*
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował kriokomorę - w lokalizacji, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- Oferent nie zadeklarował, że 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;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

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

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 1,00 zł, za co otrzymał 5 punktów;

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- zadeklarował udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem punktów, tj. -1 pkt;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- zadeklarował przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem punktów tj. -0,5 pkt;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- Oferent nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia dokumentacji medycznej elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, *przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;*

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

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

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- 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;

**Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan Edyta Jasman - Jocz
z siedzibą w Zielonej Górze:**

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów;
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował kriokomory - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował, że 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;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

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

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 0,95 zł, za co otrzymał 7,5 punktów;

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

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

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów.
- zadeklarował prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 2 punkty;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

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

w zakresie kryterium ciągłość:

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

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- 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;

NZOZ „REHABILITACJA” s.c. E. Bagińska – Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnicka, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa – Świejkowska z siedzibą w Zielonej Górze:

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów;

- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował kriokomory - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował, że 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;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

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

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 0,90 zł, za co otrzymał 10 punktów;

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 2 punkty;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

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

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

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

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- 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;

Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska z siedzibą w Poznaniu:

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów;
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji, za co otrzymał 3 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń,

za co otrzymał 2 punkty;

- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował kriokomory - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował, że 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;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

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

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 0,90 zł, za co otrzymał 10 punktów;

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

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

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów.
- zadeklarował prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co otrzymał 2 punkty;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1 punkt;

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

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

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

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

Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Zielonej Górze:

w zakresie kryterium „jakość”, oferent:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii w równoważniku co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów;
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty;
- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował wanien do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował kriokomory - w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował przebiegalnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował, że 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;

w zakresie kryterium „kompleksowość”, oferent:

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

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

- zadeklarował czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów;

w zakresie kryterium „cena”, oferent:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie w 0,95 zł, za co otrzymał 7,5 punktów;

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

w zakresie kryterium „jakość” – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, oferent:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin

złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co nie skutkowało odjęciem punktów;

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co nie skutkowało odjęciem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało odjęciem punktów;

w zakresie kryterium „jakość” - pozostałe warunki, oferent:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia dokumentacji medycznej elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;

w zakresie kryterium „dostępność”, oferent:

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

w zakresie kryterium „ciągłość”, oferent:

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

w zakresie kryterium – „inne”, oferent:

- 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 ocenie Dyrektora Oddziału, Komisja konkursowa dokonała prawidłowej oceny wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone w części jawnej postępowania konkursowego. Zatem, prawidłowo został również sporządzony – przez Komisję konkursową - zarówno ranking otwarcia, jak i ranking końcowy. Przedstawiona powyżej ocena ofert uwzględnia już wyniki przeprowadzonych negocjacji, w zakresie ceny i liczby świadczeń, przy czym sam przebieg negocjacji, zostanie opisany w dalszej części niniejszego uzasadnienia.

W ramach części jawnej postępowania konkursowego - w dniu 26 stycznia 2018 r. - wpłynął do Komisji konkursowej protest Oferenta Aldemed Centrum Medyczna Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze, na dokonaną przez Komisję czynność zmiany odpowiedzi z *TAK* na *NIE* - na pytanie ankietowe nr 1.3.1.1, cyt.: *REH_W Odrębna aplikacja służąca wykonywaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu*. W uzasadnieniu protestu Oferent wskazał, że w związku z niezaakceptowaniem przez Komisję pisemnych wyjaśnień z dnia 22 stycznia 2018 r., dotyczących przedstawienia sposobu korzystania z posiadanej aplikacji, umożliwiającej bieżącą rejestrację świadczeniobiorców drogą elektroniczną, Oferent zakupił dnia 24 stycznia 2018 r. nową odrębną aplikację, która spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W ofercie nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/7/0405 - w pytaniu ankietowym nr 1.3.1.1, cyt.: *REH_W Odrębna aplikacja służąca wykonywaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu*, Oferent udzielili odpowiedzi: Tak. Pismami z dnia 10 stycznia 2018 r. oraz 22 stycznia 2018 r. Komisja konkursowa poprosiła Oferenta, o przedstawienie dokumentu potwierdzającego, że odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, została wdrożona i jest użytkowana przez Oferenta. W ocenie Komisji konkursowej, przedstawiony przez Oferenta - w jego wyjaśnieniach - sposób bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, nie wskazywał, że posiadany system teleinformatyczny jest odrębną aplikacją, mającą funkcję zwrotnego automatycznego wskazania świadczeniobiorcy

terminu. Zgodnie z ustaleniami Komisji, w Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. - odpowiedź na zgłoszenie przesłane przez pacjenta drogą elektroniczną, generowane jest przez osobę (pracownika) zajmującego się rejestracją w Call Center. W konsekwencji, ten sposób rejestracji nie mógł być uznany przez Komisję za automatyczną odpowiedź, która nie jest uzależniona od udziału operatora (pracownika). Należy podkreślić, że ustalenia te w pełni podziela Dyrektor Oddziału. Zgodnie z definicją zaczerpniętą ze Słownika Języka Polskiego PWN wyraz: „automatyczny” – oznacza: działający samoczynnie, za pomocą odpowiedniego urządzenia, tj.:

- wykonywany lub regulowany za pomocą automatu,
- wykonywany lub powstający bez udziału świadomości i woli.

Na podstawie § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016r., poz. 1373 ze zm.) oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej [ust.1]. Oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach [ust. 2].

Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. składając w postępowaniu konkursowym ofertę nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/7/0405, złożył również pisemne oświadczenie według wzoru określonego w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym oświadczył, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów, i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania. Ponadto, Oferent oświadczył również, 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.

Ocena prawna takiego oświadczenia została przedstawiona przez Naczelną Sąd Administracyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 22 kwietnia 2015 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 816/14. Zgodnie z tym stanowiskiem, postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, jako postępowanie swoiste, podlega szczególnego rodzaju regulacji, która zawarta została w dziale VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z przyjętych w tej mierze rozwiązań prawnych wynika, że postępowanie to, znane tej tylko ustawie, charakteryzuje się wysokim stopniem jego sformalizowania oraz szczególnego rodzaju obligatoryjnymi wymaganiami dotyczącymi trybu przeprowadzenia tego postępowania, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia celu, w którym postępowanie to jest prowadzone.

Jego realizacji towarzyszyć musi, a potwierdza to analiza przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, szczególnego rodzaju metodyka działania

organów NFZ, która w zakresie przyznanych im przepisami prawa uprawnień, obejmuje również prawo kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. W tym też kontekście podkreślenia wymaga, że z treści przywołanego powyżej obligatoryjnego oświadczenia oferenta, gdy chodzi o przestrzeń czasu, którego dotyczy składane przez niego zapewnienie o spełnianiu wszelkich warunków, jednoznacznie wynika, że musi być ono zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty, jak i od początku obowiązywania umowy, co oznacza zapewnienie o trwałości spełniania warunków w tak określonej przestrzeni czasowej, a co za tym idzie również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o świadczenia opieki zdrowotnej, co z kolei prowadzi do wniosku, że oferta ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzenia możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego. Konsekwencją powyższego, jest wniosek, że spełnianie przez oferenta wymagań (warunków) dotyczących pomieszczeń, sprzętu i personelu podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie.

Analogiczne stanowisko zajął również Naczelny Sąd Administracyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 10 listopada 2016 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 912/15. Zgodnie z tym stanowiskiem, **oferta na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzenia możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego.** Konsekwencją powyższego, jest wniosek, że spełnianie przez oferenta wymagań (warunków) dotyczących pomieszczeń, sprzętu i personelu podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie.

W świetle utrwalonego orzecznictwa Naczelnego Sądu Administracyjnego, nie uzasadnione jest twierdzenie Oferenta, że na podstawie § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oferent nie musi spełniać wymaganego warunku – przed dniem zawarcia umowy, a jedynie od dnia jej zawarcia przez cały okres jej obowiązywania,

Zgodnie z tezą wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 maja 2017 r., który został wydany w sprawie pod sygn. akt: II GSK 2295/15, *kontrola ma służyć potwierdzeniu prawidłowości danych zawartych w ofercie, a nie usunięciu ewentualnych nieprawidłowości w złożonej ofercie.*

W świetle § 18 ust. 1 Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **oferent może uzupełnić ofertę, nie później niż do dnia upływu terminu składania ofert w danym postępowaniu.**

W uzasadnieniu wyroku z dnia 25 maja 2017 r., który został wydany w sprawie pod sygn. akt: II GSK 2345/15, Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że w konkursie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej konkurują ze sobą nie oferenci, lecz złożone przez nich

oferty, których treść wyznaczają wyłącznie zawarte w nich dane, a więc dokumenty i złożone przez świadczeniodawcę oświadczenia. Zatem, **przeprowadzana w części jawnej konkursu ocena ofert dokonuje się wyłącznie w oparciu o wszystkie zawarte w nich dane, niepodlegające późniejszemu uzupełnieniu czy korekcie** (z zastrzeżeniem art. 142 ust. 6 ustawy).

W związku z powyższym, czynności sprawdzające realizowane przez Komisję konkursową w ramach toczącego się postępowania konkursowego, zmierzają do potwierdzenia spełniania przez oferenta stawianych wymagań i oceny złożonej oferty, w zakresie potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. Przedmiotem realizowanych czynności kontrolnych przez komisję konkursową, nie jest doprowadzenie oferty do stanu spełniającego – bezwzględnie wymagane warunki, które zostały określone przez Zamawiającego.

W ocenie organu II instancji, Komisja nie naruszyła zasad postępowania konkursowego, wskutek oddalenia protestu z dnia 26 stycznia 2018 r. Jednocześnie organ II instancji podziela również stanowisko Komisji konkursowej, że oferent po upływie terminu składania ofert, nie może już uzupełnić złożonej oferty. Zgodnie z przepisem § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej *oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy [...]*. Zatem, Oferent nie mógł już skutecznie uzupełnić oferty, poprzez wskazanie nowej aplikacji, której zakupu dokonał w dniu 24 stycznia 2018 roku (faktura Vat nr 1270/FV/SA/2018 z dnia 24.01.2018 r.), co oznacza, że Komisja prawidłowo ustaliła, że na dzień złożenia oferty Oferent nie spełniał przedmiotowego warunku. W ocenie organu II instancji, odpowiedź na pytanie ankietowe nr 1.3.1.1 została prawidłowo zmieniona na: *Nie*. W tym stanie rzeczy, prawidłowe było również stanowisko Komisji konkursowej, która nie przyznała Oferentowi 1 punktu – za odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.

Należy podkreślić, iż rozpatrując wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, Dyrektor Oddziału dokonał szczegółowej kontroli wszystkich ofert, które zostały złożone w ramach zakończonego postępowania konkursowego. Wyniki kontroli ofert zostały skonfrontowane z oceną dokonaną przez Komisję konkursową. Zdaniem organu II instancji:

- poza ofertą złożoną przez Pana Waldemara Szumkowskiego, wszystkie pozostałe oferty spełniały warunki bezwzględnie wymagane,
- każda z ofert spełniających warunki bezwzględnie wymagane, została również prawidłowo oceniona, w zakresie obejmującym warunki dodatkowo oceniane.

W tym stanie rzeczy, ranking otwarcia postępowania konkursowego został prawidłowo sporządzony przez Komisję konkursową.

Zgodnie z przepisem art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:*

1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;

2) *ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.*

Na podstawie przepisu art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.*

Stosownie do treści § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy: *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. Do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych.*

W części niejawnej postępowania konkursowego Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje z sześcioma oferentami, przy czym kolejność prowadzenia negocjacji została ustalona przez Komisję, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych, która została ustalona w rankingu otwarcia (w ramach części jawnej postępowania konkursowego). Ranking oferentów obejmujący ocenę kryteriów niecenowych, przedstawiał się następująco:

- 1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji - łączna ocena za kryteria niecenowe: **69 punktów**,
- 2) Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety Prowincja Poznańska z siedzibą w Poznaniu - łączna ocena za kryteria niecenowe: **61 punktów**,
- 3) Maria Ziółkowska - łączna ocena za kryteria niecenowe: **59,5 punktów**,
- 4) NZOZ „REHABILITACJA” S.C. E.Bagińska-Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnicka, M. Wrzyszczyńska, M - łączna ocena za kryteria niecenowe: **59 punktów**,
- 5) Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman –Jocz, łączna ocena za kryteria niecenowe: **59 punktów**,
- 6) Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o. - łączna ocena za kryteria niecenowe: **55 punktów**,
- 7) Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. - łączna ocena za kryteria niecenowe: **47,50 punktów**.

Negocjacje prowadzone były przez Komisję konkursową, aż do wyczerpania wartości zamówienia, tj. do kwoty 2 637 600,00 zł, która wskazana została przez Zamawiającego w ogłoszeniu o konkursie ofert. W konsekwencji, Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje z sześcioma pierwszymi oferentami, którzy zostali wskazani w rankingu oferentów obejmującym ocenę kryteriów niecenowych. W wyniku przeprowadzonych negocjacji z sześcioma pierwszymi oferentami, protokoły z negocjacji zostały podpisane na łączną wartość 2 637 558,00 zł (wartość zamówienia wskazana w ogłoszeniu to kwota 2 637 600,00 zł). Zatem, Komisja nie mogła już przystąpić do negocjacji z Oferentem - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o., bowiem negocjacje mogą być prowadzone do wyczerpania wartości zamówienia, tj. do kwoty 2 637 600,00 zł. Z uwagi na podniesiony przez Oferenta – we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy - zarzut nie przeprowadzenia z Oferentem negocjacji, organ II instancji stwierdza, że Komisja

konkursowa przeprowadziła proces negocjacji zgodnie z przepisem § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy. Jak już wskazano powyżej, nieprzeprowadzenie negocjacji z Oferentem, nastąpiło z powodu niskiej pozycji Oferenta w rankingu oferentów obejmującym ocenę kryteriów niecenowych oraz wyczerpania się wartości zamówienia, w wyniku przeprowadzenia negocjacji z pierwszymi sześcioma oferentami, którzy zostali ujęci w przedmiotowym rankingu. W konsekwencji, za nieuzasadniony należało uznać zarzut Oferenta, w postaci naruszenia art. 142 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r., w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy.

Po zakończeniu procesu negocjacji, ranking końcowy postępowania konkursowego przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	KRYTERIA						ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	Decyzja o wybraniu oferty TAK/NIE
	Jakość	Komplekso - wość	Dostęp - ność	Ciągłość	Inne	Cena		
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze	55,00	2,00	6,00	6,00	0,00	5,00	74,00	Tak
Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska	49,00	0,00	6,00	6,00	0,00	10,00	71,00	Tak
Maria Ziółkowska z siedzibą w Zielonej Górze	48,50	0,00	5,00	6,00	0,00	10,00	69,50	Tak
NZOZ "REHABILITA CJA" S.C. E.Bagińska- Woga,A. Maćkowiak, A. Proskórnica, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa- Świejkowska	48,00	0,00	5,00	6,00	0,00	10,00	69,00	Tak
Zakład	48,00	0,00	5,00	6,00	0,00	7,50	66,50	Tak

Fizjoterapii "Artem" spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz								
Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskieg o w Zielonej Górze sp. z o.o.	44,00	0,00	5,00	6,00	0,00	7,50	62,50	Tak
ALDEMED CENTRUM MEDYCZNE spółka z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze	32,50	4,00	5,00	6,00	0,00	5,00	52,50	Nie

Za nieuzasadniony należało również uznać zarzut Oferenta, że gdyby został zaproszony na negocjacje, to wówczas mógłby uzyskać kilka punktów więcej, a tym samym otrzymałby kontrakt. Zakładając hipotetycznie, że Komisja konkursowa - naruszając przepisy § 15 ust. 1 i 2 w/w rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. – zaprosiłaby Oferenta na negocjacje, to w takim przypadku, gdyby Oferent obniżył maksymalnie cenę za punkt, to uzyskałby dodatkowo 5 punktów w ramach kryterium „cena”. Hipotetyczne uzyskanie przez Oferenta tych dodatkowych 5 punktów, nie zmieniłoby pozycji Oferenta w rankingu końcowym, bowiem hipotetycznie Oferent uzyskałby 57,50 pkt (52,50 pkt + 5 pkt). Taka ilość punktów nie gwarantowałaby Oferentowi, zmiany pozycji w rankingu końcowym, bowiem Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. - zajmujący pozycję nr 6 w rankingu – uzyskał 62,50 pkt.

W dniu 21 lutego 2018 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania, poprzez dokonanie wyboru:

- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/1/0405, która została złożona przez Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze,
- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/2/0405, która została złożona przez Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety Prowincja Poznańska z siedzibą w Poznaniu,
- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/3/0405, która została złożona przez NZOZ „REHABILITACJA” S.C. E. Bagińska-Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnicka, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa-Świejkowska z siedzibą w Zielonej Górze,
- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/4/0405, która została złożona przez Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz z siedzibą w Zielonej Górze,
- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405, która została złożona przez Marię Ziółkowską z siedzibą w Zielonej Górze,

- oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/8/0405, która została złożona przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze.

Zgodnie z przepisem art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 tej ustawy.*

(1.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kreuje nie tylko uprawnienia świadczeniodawców do wnoszenia środków odwoławczych, ale także określa niezbędne przesłanki determinujące wynik postępowań odwoławczych jak i wynik sądowoadministracyjnej kontroli. Dla uznania skuteczności wniesionych środków odwoławczych konieczne jest bowiem najpierw pozytywne ustalenie, że w przeprowadzonym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zostały naruszone zasady tegoż postępowania, po czym ustalenie, że naruszenie to spowodowało uszczerbek w interesie prawnym strony. (2.) Obowiązkiem organu, w ramach procedury uruchamianej wskutek wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym, czy we wcześniejszej nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Zakres kontroli jest zatem związany ściśle z pojęciem uszczerbku interesu prawnego, powstałego w wyniku naruszenia przepisów prawa. (3.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza dodatkową przesłankę uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowania, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy. [sentencja wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 20 kwietnia 2011 r., wydanego w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 474/10].

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. podniósł, że Komisja konkursowa nie przyznała Oferentowi 17 punktów, za wskazanie w ofercie fizjoterapeuty Pana Krzysztofa Mireckiego, który jeszcze w 2018r. ma uzyskać stopień specjalisty. Oferent zarzucił również Komisji konkursowej nie uwzględnienie faktu, iż w przypadku świadczeń ambulatoryjnych lekarz - już po II roku specjalizacji, traktowany jest jako pełnoprawny specjalista.

Na podstawie przepisu art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j.: Dz.U. z 2018r., poz. 505 ze zm.) prawo posługiwania się tytułem zawodowym specjalisty w dziedzinie fizjoterapii przysługuje fizjoterapeucie, który ukończył specjalizację

i złożył Państwowy Egzamin Specjalizacyjny Fizjoterapeutów z wynikiem pozytywnym, oraz fizjoterapeucie, który uzyskał decyzję o uznaniu tytułu specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, o której mowa w art. 35.

Zgodnie z art. 35. ust 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty fizjoterapeuta uzyskuje tytuł specjalisty po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego, ustalonego programem specjalizacji i zdaniu PESFZ.

Należy podkreślić, że zarówno na dzień złożenia oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/7/0405, jak i w okresie jej rozpatrywania przez Komisję konkursową, fizjoterapeuta Pan Krzysztof Mirecki był (i najprawdopodobniej nadal jest) dopiero w trakcie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii. Zatem, w świetle przepisu art. 5 ust. 3 i art. 35. ust 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty nie może zostać uznany, za fizjoterapeutę posiadającego tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii. Zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w postępowaniu konkursowym dotyczącym zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej, każdy oferent miał możliwość uzyskania dodatkowych punktów za kryterium „jakość”, w przypadku wykazania w ofercie specjalisty w dziedzinie fizjoterapii - w ramach równoważnika co najmniej ½ etatu. W ofercie nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/7/0405 Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. wykazało specjalistę fizjoterapii Pana Jarosława Szczepanika - w wymiarze 19 godzin tygodniowo. W trakcie badania konfliktu personelu, Komisja konkursowa uzyskała informacje z Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, że Pan Jarosław Szczepanik został wykazany w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2022 r. ze świadczeniodawcami Małopolskiego NFZ i Podkarpackiego NFZ. Zatem, w tym samym czasie Pan Jarosław Szczepanik wykonuje świadczenia fizjoterapeuty na terenie Małopolski i Podkarpacia. Pismem z dnia 17 stycznia 2018 r. Komisja konkursowa wezwała Oferenta do wyjaśnienia powstałego konfliktu personelu, obejmującego dostępność Pana Jarosława Szczepanika - w ramach zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej, w harmonogramie przedstawionym w ofercie nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/7/0405. W odpowiedzi Oferent - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. poinformowało Komisję konkursową, że w dniu składania oferty nie posiadało wiedzy, że Pan Jarosław Szczepanik wykazany jest również w innych umowach zawartych z NFZ (Małopolska i Podkarpacie). Jednocześnie Oferent poinformował Komisję konkursową, że Pan Jarosław Szczepanik nie będzie świadczył usług zgodnie z harmonogramem wykazanym w ofercie i został z tej oferty wycofany. Na podstawie oświadczeń Oferenta, Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź z „Tak” na „Nie” w ankiecie oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/7/0405, w zakresie pytania 1.2.1.2 REH_2 Specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu. W ocenie organu II instancji, po prawidłowo przeprowadzonych czynnościach sprawdzających, Komisja konkursowa nie mogła z tego tytułu przyznać Oferentowi 17 punktów, bowiem ostatecznie nie wskazał on w ofercie fizjoterapeuty posiadającego tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii.

W ocenie organu II instancji, za prawidłowe należy uznać stanowisko organu I instancji, że dokonane przez Komisję konkursową ogłoszenie rozstrzygnięcia postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01, spełnia warunki określone w przepisie art. 151 ust. 4 w/w ustawy, który jednocześnie nie nakłada na komisję konkursową obowiązku przedstawienia uzasadnienia, w zakresie obejmującym wybór wskazanych w nim oferentów oraz przyczyn nie dokonania wyboru pozostałych oferentów. Zatem, przedmiotowy zarzut Oferenta Dyrektor Oddziału uznał za nieuzasadniony. Stanowisko to zostało przedstawione w odniesieniu do zarzutu Oferenta, że ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania w trybie konkursu ofert nie zawiera żadnego uzasadnienia, w zakresie obejmującym wybór wskazanych w nim oferentów oraz przyczyn nie dokonania wyboru Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o. Organ I instancji odnosząc się do zarzutu Oferenta, trafnie wskazał, że zgodnie z przepisem art. 151 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert oraz ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania w trybie rokowań, zawierają nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.

W ocenie organu II instancji, za prawidłowe należy uznać stanowisko organu I instancji, który nie uwzględnił zarzutu Oferenta, że Komisja konkursowa pominęła, iż Oferent od 10 lat świadczy usługi rehabilitacyjne, spełniając wymogi NFZ. W uzasadnieniu decyzji nr 2/2018/KO organ I instancji nie zgadzając się z tym zarzutem, wskazał, że na podstawie przepisu art. 5 pkt 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pod pojęciem ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – należy rozumieć organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów. Organ I instancji zwrócił uwagę, że kryterium „ciągłość” zostało wprowadzone przez ustawodawcę w przepisie art. 148 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jako jedno z kryteriów przyjętych przez ustawodawcę do porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ocenie organu II instancji, przedmiotowe kryterium zostało prawidłowo zastosowane przez Komisję konkursową, która za to kryterium przyznała Oferentowi 6 punktów. Zatem, dotychczasowa opieka nad pacjentem została uwzględniona przez Komisję, w ramach ustawowego kryterium „ciągłość”.

W ocenie organu II instancji, za prawidłowe należy również uznać stanowisko organu I instancji, którym nie uwzględniono zarzutów Oferenta, w postaci nie przeprowadzenia kontroli u Oferenta. Analizując ten zarzut, organ I instancji wskazał w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji, że w świetle przepisu § 17 ust. 2 i ust. 3 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 obligatoryjne przeprowadzenie kontroli u oferentów, dotyczy jedynie

oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub, z którymi Zamawiający rozwiązał uprzednią umowę, w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania - w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta. Taka sytuacja nie wystąpiła w odniesieniu do Oferenta - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o.

Organ II instancji w całości podziela stanowisko zaprezentowane w uzasadnieniu decyzji nr 2/2018/KO, którym organ I instancji nie uwzględnił zarzutu Oferenta, w postaci dokonania przez Komisję konkursową wyboru mniejszej liczby oferentów, niż wskazana w ogłoszeniu o konkursie ofert. Należy w tym miejscu ponownie podkreślić, że wskazana w ogłoszeniu postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01 liczba umów (7 umów), ma charakter liczby maksymalnej, co oznacza, że w tym postępowaniu Komisja konkursowa nie mogła dokonać wyboru więcej niż 7 ofert. Opisany na wcześniejszym etapie niniejszego uzasadnienia, proces przeprowadzenia negocjacji z oferentami, jednoznacznie wskazuje, że negocjacje prowadzone były przez Komisję konkursową, aż do wyczerpania wartości zamówienia, tj. do kwoty 2 637 600,00 zł, która wskazana została przez Zamawiającego w ogłoszeniu o konkursie ofert. W Konsekwencji, Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje z sześcioma pierwszymi oferentami, którzy zostali wskazani w rankingu oferentów obejmującym ocenę kryteriów niecenowych. W wyniku przeprowadzonych negocjacji z sześcioma pierwszymi oferentami, protokoły z negocjacji zostały podpisane na łączną wartość 2 637 558,00 zł (wartość zamówienia wskazana w ogłoszeniu to kwota 2 637 600,00 zł). W tym stanie rzeczy, Komisja nie mogła dokonać wyboru 7 ofert. Należy podkreślić, że wskazanie liczby planowanych do zawarcia umów (7 umów), nie nakładało na Komisję konkursową obowiązku wyboru takiej liczby ofert. Postępowanie w formie konkursu ofert, jest postępowaniem opartym na zasadzie konkurencji. Ustalenie wyniku tego konkurowania w postaci rankingu - klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty, oznacza, że ostatecznie Komisja dokonywała wyboru, poczynwszy od pierwszej pozycji w rankingu, aż do wyczerpania wartości zamówienia, przy czym nie więcej jednak niż 7 ofert. W zakończonym postępowaniu konkursowym sześciu pierwszych oferentów w rankingu złożyło oferty, których łączna wartość wyczerpała wartość zamówienia.

Zdaniem Dyrektora Oddziału, dokonana przez Komisję konkursową ocena ofert, została przeprowadzona w zakresie określonym - zgodnie z przepisem art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w oparciu o zasady szczegółowo opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza złożonych ofert, przygotowanych rankingów oraz protokołów z przeprowadzonych negocjacji, zdaniem organu wyraźnie wskazuje, że proces negocjacji został przeprowadzony zgodnie z przepisem § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy. Ponadto, w ramach przeprowadzonego postępowania administracyjnego organ I instancji prawidłowo przeprowadził proces kontroli prawidłowości oceny poszczególnych ofert, która została dokonana:

- w części jawnej postępowania konkursowego, znajdując swoje odzwierciedlenie w sporządzonym przez Komisję rankingu otwarcia,
- w części niejawnej postępowania konkursowego, znajdując swoje odzwierciedlenie w sporządzonym przez Komisję rankingu końcowym.

Zdaniem Dyrektora Oddziału, przedstawiona w rankingach ocena ofert, została prawidłowo przeprowadzona przez Komisję konkursową oraz prawidłowo skonfrontowana przez organ I instancji – z treścią złożonych ofert.

Organ I instancji prawidłowo ustalił, że Komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01, nie naruszyła zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Należy podkreślić, że przejawem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców - jest określona w przepisie art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych delegacja do wydania przez Prezesa Funduszu dokumentu, określającego przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Ponadto, zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Naruszeniem tej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w badanym postępowaniu nie miała miejsca. W przeprowadzonym konkursie ofert obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie oferentów i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców, jak również nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Wszelkie dokumenty związane z postępowaniem udostępniane były oferentom na takich samych zasadach. W konsekwencji, zasada równego traktowania oferentów, nie oznacza, że każdy z oferentów powinien otrzymać kontrakt.

W ocenie Dyrektora Oddziału, Komisja konkursowa prawidłowo porównała wszystkie oferty, zarówno w zakresie warunków bezwzględnie ocenianych, jak i warunków dodatkowo ocenianych. W konsekwencji, w ramach zakończonego postępowania konkursowego nie doszło do naruszenia zasad tego postępowania, tj. przepisu prawa, który miałby wpływ na ocenę możliwości zawarcia przez Oferenta - umowy o świadczenie usług medycznych. Zatem, nie doszło do naruszenia interesu prawnego Oferenta. W tym stanie rzeczy, należało orzec jak w sentencji.

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji stronie przysługuje prawo do wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp., za pośrednictwem Dyrektora Lubuskiego Oddziału

Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Podgórnej 9B, w terminie 30 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji. Wpis od skargi wynosi 200,00 zł i powinien zostać uiszczony w formie gotówki w kasie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp. lub w formie przelewu na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp. Na zasadach określonych w przepisach art. 239 do art. 242 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j.: Dz.U. z 2017 r., poz. 1369 ze zm.) strona może ubiegać się o zwolnienie od kosztów sądowych, a ponadto, na zasadach określonych w przepisach art. 243 do art. 262 wskazanej powyżej ustawy strona może ubiegać się o przyznanie prawa pomocy.

p.o. DYREKTORA
Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Zielonej Górze
Piotr Bromber

Otrzymują:

1. Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o., al. Niepodległości 1, Zielona Góra,
2. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o., ul. Zyty 26,
3. Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety Prowincja Poznańska z siedzibą w Poznaniu, ul. Łąkowa 1,
4. NZOZ „REHABILITACJA” S.C. E. Bagińska-Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnicka, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa-Świejkowska, al. Wojska Polskiego 86, Zielona Góra,
5. Zakład Fizjoterapii "Artem" spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz, ul. Stefana Wyszyńskiego 99, Zielona Góra,
6. Zakład Rehabilitacji Maria Ziółkowska, Stary Kisielin-Dojazdowa 43A, Zielona Góra,
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze, ul. Wazów 42,
8. A/a.