

Znak: WOKS-II.422.2.2018
WOKS.MC

DECYZJA Nr 10/2018/KO

**Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze**

z dnia 30 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 Pana Waldemara Szumkowskiego, prowadzącego działalność leczniczą pod firmą: Waldemar Szumkowski WALMED z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Stefana Batorego 126a, zwanego 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 3/2018/KO z dnia 14 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 śpiączką (ze zmianami),
- 6) zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego 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. Proskórnicka, 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 Ziółkowska, prowadząca działalność leczniczą pod firmą: Zakład Rehabilitacji Maria Ziółkowska 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 Medyczne 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 Pana 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 2018r. Komisja konkursowa zawiadomiła Pana Waldemara Szumkowskiego o nieuwzględnieniu wniesionego protestu.

Do części niejawnej postępowania konkursowego Komisja zakwalifikowała:

- NZOZ „REHABILITACJA” s.c. E. Bagińska – Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnicka, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa – Świejkowska z siedzibą w Zielonej Górze (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 (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 (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 (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 (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/ 01/1/0405),
- Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman – Jocz z siedzibą w Zielonej Górze (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05. 1310.208.02/01/4/0405),
- Marię Ziół

- kowską, prowadzącą działalność leczniczą pod firmą: Zakład Rehabilitacji Maria Ziółkowska z siedzibą w Zielonej Górze – Stary Kisielin (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405).

W części niejawnego postępowania konkursowego Komisja przeprowadziła negocjacje z następującymi oferentami:

- NZOZ „REHABILITACJA” s.c. E. Bagińska – Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnica, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa – Świejkowska z siedzibą w Zielonej Górze (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/3/0405),
- Zgromadzeniem Sióstr św. Elżbiety Prowincja Poznańska z siedzibą w Poznaniu (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/2/0405),
- Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z siedzibą w Zielonej Górze (oferta nr 04-18-000056/ REH/05/1/05.1310.208.02/01/8/0405),
- Szpitalem Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/ 01/1/0405),
- Zakładem Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman – Jocz z siedzibą w Zielonej Górze (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05. 1310.208.02/01/4/0405),
- Marią Ziółkowską, prowadzącą działalność leczniczą pod firmą: Zakład Rehabilitacji Maria Ziółkowska z siedzibą w Zielonej Górze – Stary Kisielin (oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405).

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 nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01, 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. Proskórnica, 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 z siedzibą w Zielonej Górze.

Rozstrzygnięcie postępowania konkursowego zostało prawidłowo ogłoszone przez Komisję.

Od powyższego rozstrzygnięcia zostały wniesione odwołania:

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

W odwołaniu Oferent - Pan Waldemar Szumkowski podniósł zarzuty, w postaci naruszenia:

- art. 149 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez odrzucenie w całości oferty Pana Waldemara Szumkowskiego, w której oferent spełniał warunki określone przepisami prawa;
- art. 153 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez nieuwzględnienie protestu złożonego przez Pana Waldemara Szumkowskiego;
- § 10 ust. 4 pkt 3 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, poprzez niewłaściwą analizę treści przedłożonych przez Oferenta dokumentów promes pracowniczych;
- § 18 ust. 1 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, poprzez jego błędną wykładnię i zastosowanie w stosunku do oferty zgłoszonej przez Oferenta - Pana Waldemara Szumkowskiego;
- załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, poprzez błędne przyjęcie, że oferta nie spełnia warunku bezwzględnie wymaganego, tj. gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00;
- załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, poprzez błędne przyjęcie, że oferta nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego „Czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie”;
- załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, poprzez błędne

przyjęcie, że oferent nie zapewnia dostępu mgr fizjoterapii z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty w pracowni fizjoterapii od poniedziałku do piątku we wskazanym w ofercie harmonogramie;

- art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez prowadzenie postępowania w sposób naruszający zasady bezstronności, zasady równego traktowania i uczciwej konkurencji na skutek odrzucenia oferty w całości przy jednoczesnym spełnieniu wymogów wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty, Oferent wniósł o:

- wstrzymanie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – do czasu rozpatrzenia odwołania,
- uwzględnienie odwołania,
- przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań oraz zawarcie z Oferentem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W uzasadnieniu odwołania Oferent wskazał, że posiada interes prawny w złożeniu odwołania, bowiem interes ten doznał uszczerbku, w wyniku naruszenia zasad prowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert. Na podstawie przepisu art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i powinien prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, wyjaśniając wszystkie okoliczności sprawy. Zdaniem Oferenta, w niniejszej sprawie zabrakło wszechstronnej oceny wszystkich elementów składających się na złożoną ofertę, która w przypadku jej nieodrzucenia, zapewne zostałaby jedną z wyżej punktowanych – według kryteriów wyboru ofert.

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 tego skorzystały wszystkie osoby/podmioty, które posiadają status strony niniejszego postępowania. W dniu 5 marca 2018r. Oferent - za pośrednictwem swojego pełnomocnika radcy prawnego Ewy Hassa – złożył pismo stanowiące uzupełnienie do odwołania, w którym to piśmie podniesione zostały kolejne zarzuty w postaci naruszenia:

- art. 6 Kpa, a to ze względu na prowadzenie postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05. 1310.208.02/01, w trybie konkursu ofert, w szczególności w zakresie zbierania dowodów, z pominięciem wyznaczonych normatywnie reguł, bez podstawy prawnej oraz w sposób uniemożliwiający dokładne wyjaśnienie stanu faktycznego prawa,
- art. 8 Kpa, poprzez nieprzyczynienie się organu do starannego i zgodnego z przepisami prawa prowadzenia postępowania, mającego zagwarantować równość wobec prawa oraz podważenie zasady pogłębiania zaufania obywateli do organów państwa,

- art. 10 § 1 Kpa, poprzez uniemożliwienie stronie wzięcia czynnego udziału w każdym stadium postępowania oraz wypowiedzenia się stronie co do zebranych dowodów i materiałów,
- art. 73 § 1 Kpa, poprzez uniemożliwienie stronie dostępu do akt prowadzonego postępowania administracyjnego.

W oparciu o przedmiotowe zarzuty Oferent zażądał złożenia do akt postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ofert zawierających pełne i kompletne informacje, a także innych dokumentów dotyczących wszystkich oferentów oraz przeprowadzenie dowodu z tych dokumentów, na okoliczność braku równego traktowania, naruszenia zasad uczciwej konkurencji, braku możliwości weryfikacji przez Oferenta ofert, złożonych przez innych oferentów, co do ich prawdziwości i rzetelności oraz racjonalnego wydatkowania środków publicznych.

Pismem z dnia 6 marca 2018r. Dyrektor Oddziału zawiadomił strony niniejszego postępowania administracyjnego, o wyznaczeniu na dzień 14 marca 2018 r. - nowego terminu wydania decyzji administracyjnej w niniejszej sprawie oraz o przysługującym stronom prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 12 marca 2018 r. w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze, jak również o prawie wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów, jak również złożonych żądań. Z prawa tego skorzystali Oferent, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z siedzibą w Zielonej Górze, pełnomocnik Pani Marii Ziółkowskiej oraz Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz.

Decyzją nr 3/2018/KO z dnia 14 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 20 marca 2018r. (data wpływu: 21 marca 2018r.) Oferent złożył w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, która w pierwszej instancji została zakończona wydaniem decyzji nr 3/KO/2018. W uzasadnieniu przedmiotowego wniosku, Oferent podniósł zarzuty naruszenia przez organ I instancji:

- art. 6 Kpa, a to ze względu na prowadzenie postępowania nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01, w trybie konkursu ofert, w szczególności w zakresie zbierania dowodów, z pominięciem wyznaczonych normatywnie reguł, bez podstawy prawnej oraz w sposób uniemożliwiający dokładne wyjaśnienie stanu faktycznego sprawy,
- art. 7 Kpa z w zw. z art. 77 § 1 Kpa, poprzez niewyjaśnienie stanu faktycznego sprawy oraz niewyczerpujące zebranie i błędne rozpatrzenie całości materiału dowodowego, przez co wydano decyzję naruszającą słuszny interes obywateli,
- art. 8 Kpa, poprzez nieprzyczynienie się organu do starannego i zgodnego z przepisami prawa prowadzenia postępowania, mającego zagwarantować równość wobec prawa oraz podważenie zasady pogłębiania zaufania obywateli do organów państwa,
- art. 10 § 1 Kpa, poprzez uniemożliwienie stronie wzięcia czynnego udziału w każdym stadium postępowania oraz wypowiedzenia się stronie co do zebranych dowodów i materiałów,
- art. 80 Kpa poprzez brak oceny przez organ I instancji całokształtu materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie,

- art. 73 § 1 Kpa, poprzez uniemożliwienie stronie dostępu do akt prowadzonego postępowania administracyjnego,
- art. 107 § 3 Kpa ze względu na wadliwość uzasadnienia zaskarżonej, które nie zawiera wyczerpującego wyjaśnienia w zakresie podstaw faktycznych i prawnych rozstrzygnięcia oraz nie zawiera oceny całego materiału dowodowego,
- art. 149 ust. 1 pkt 7 u.ś.o.z. poprzez odrzucenie oferty Waldemara Szumkowskiego w całości, w sytuacji, w której oferent spełnia warunki określone przepisami prawa,
- art. 153 ust. 3 u.ś.o.z. poprzez nieuwzględnienie protestu zgłoszonego przez Waldemara Szumkowskiego,
- § 10 ust. 4 pkt 3 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 poprzez niewłaściwą analizę treści przedłożonych przez Oferenta dokumentów promes pracowniczych,
- § 18 ust. 1 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 poprzez jego błędna wykładnię i zastosowanie w stosunku do oferty zgłoszonej przez oferenta Waldemara Szumkowskiego,
- załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej poprzez błędne przyjęcie, że oferta nie spełnia warunku bezwzględnie wymaganego, tj. gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00,
- załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej poprzez błędne przyjęcie, że Oferent nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego „Czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie”,
- załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej poprzez błędne przyjęcie, że Oferent nie zapewnia dostępu magistra fizjoterapii, z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty w pracowni fizjoterapii, od poniedziałku do piatku we wskazanym w ofercie harmonogramie,
- art. 149 ust. 1 pkt 7 u.ś.o.z. poprzez prowadzenia postępowania naruszającego zasady bezstronności, zasady równego traktowania i uczciwej konkurencji, na skutek odrzucenia oferty w całości, przy jednoczesnym spełnieniu wymogów wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

W oparciu o przedmiotowe zarzuty Oferent zażądał:

- uchylenia decyzji nr 3/2018/KO z dnia 14 marca 2018r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- uwzględnienia odwołania (art. 154 ust. 3 u.ś.o.z.),
- przeprowadzenia postępowania w trybie rokowań z Oferentem (art. 154 ust. 7 u.ś.o.z.) oraz zawarcie z Oferentem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- wstrzymania zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent wskazał, że posiada interes prawny w złożeniu odwołania, bowiem interes ten doznał uszczerbku, w wyniku naruszenia zasad prowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert. Na podstawie przepisu art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany jest do równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i powinien prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, wyjaśniając wszystkie okoliczności sprawy.

Pismami z dnia 22 marca 2018 r. Oferent oraz oferenci wybrani do zawarcia umowy - zostali zawiadomieni przez organ II instancji, o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 28 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 tego skorzystały Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety, Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman – Jocz, Paweł Ziółkowski Pełnomocnik Mariii Ziółkowską, i Waldemar Szumkowski WALMED. W dniu 28 marca 2018r. Oferent - za pośrednictwem swojego pełnomocnika radcy prawnego Ewy Hassa – złożył pismo stanowiące uzupełnienie do wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w którym to piśmie podniesione zostały kolejne zarzuty w postaci:

- uzupełnienia oferty przez Panią Marię Ziółkowską – w trakcie trwającego postępowania konkursowego,
- braku podstawy prawnej do wezwania Pani Marii Ziółkowskiej przez Komisję konkursową, do poprawienia oświadczenia o zastrzeżeniu informacji stanowiącej tajemnicę przedsiębiorcy,
- ponownego zanonimizowania części ofert, które zostały przedstawione Oferentowi do przeglądu w dniu 27 marca 2018r.

Po rozpoznaniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wniesionego przez Oferenta – Waldemara Szumkowskiego, Dyrektora 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.

W wyniku wszczęcia niniejszego postępowania administracyjnego, organ I instancji włączył do akt niniejszego postępowania administracyjnego – pełne akta postępowania konkursowego, które prowadzone było pod nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01, w tym m.in. wszystkie złożone oferty, całą korespondencję prowadzoną przez Komisję konkursową z oferentami (wezwania, zawiadomienie, oświadczenia, wyjaśnienia) oraz protokół z przeprowadzonego postępowania konkursowego. Akta sprawy zostały w całości rozpatrzone przez organ II instancji.

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 oraz § 3 pkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert 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. Przebiegarnia 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 (-1 pkt),
 - 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 (-1 pkt),
 - 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. 31lc 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 konkurencji 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. Proskórnica, 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 Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.	44,00	0,00	5,00	6,00	0,00	5,00	55,00	60,00
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.

Komisja konkursowa odrzuciła ofertę nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 złożoną przez Oferenta Waldemara Szumkowskiego Walmed, ponieważ nie spełniała ona warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z załącznikiem nr 1 do ww. rozporządzenia: gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00. Oferta nie spełniała warunku, w części dotyczącej zapewnienia czasu pracy gabinetu nie krócej niż 5 godzin bez przerwy, co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00 z nadzorem mgr fizjoterapii – z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty.

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 (miesięczne), 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 Certyfikat 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 - realizacją 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 Certyfikat 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 prądem 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 0,95 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. 311c 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 Certyfikatu 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 - realizacja 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 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 0,95 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 Certyfikatu 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. 311c 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 części jawnej postępowania konkursowego Komisja konkursowa odrzuciła ofertę nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 złożoną przez Oferenta Waldemara Szumkowskiego, ponieważ nie spełniała ona warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej: gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej

niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00.

Przede wszystkim należy podkreślić, że w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń (harmonogram pracy gabinetu) pacjent musi mieć zapewnione wszystkie zabiegi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej:

Wymagany zakres wykonywanych zabiegów:

1) fizykoterapeutycznych:

a) elektroterapia,

b) światłolecznictwo,

c) leczenie zmiennym polem elektromagnetycznym i magnetycznym,

d) ultradźwięki (nie dotyczy ośrodków, które realizują świadczenia tylko na rzecz dzieci),

e) laseroterapia;

2) kinezyterapeutycznych:

a) ćwiczenia bierne, czynno-bierne, wspomagane, pionizacja - prowadzone indywidualnie przez osobę prowadzącą fizjoterapię,

b) ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne,

c) nauka czynności lokomocyjnych,

d) zabiegi z użyciem wyciągów.

Ponadto, zgodnie z treścią załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej warunkiem bezwzględnie wymaganym jest, że świadczenia udzielane w fizjoterapii ambulatoryjnej, z wyjątkiem masażu, muszą odbywać się pod nadzorem - co najmniej osoby wykonującej zawód fizjoterapeuty i posiadającej tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2015r., poz.1994 ze zm.), lub fizjoterapeuty posiadającego dyplom, świadectwo, świadectwo lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty. W konsekwencji, oferent powinien zapewniać dostęp mgr fizjoterapii z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty - w pracowni fizjoterapii od poniedziałku do piątku we wskazanym w ofercie harmonogramie.

W złożonej ofercie nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 Pan Waldemar Szumkowski wskazał osoby, z następującymi kwalifikacjami i harmonogramem pracy:

Imię, Nazwisko	Kwalifikacje, staż pracy i liczba godzin pracy tygodniowo przedstawiona w ofercie	Haromonogram				
		poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek
Irena Nowakowska	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii, staż pracy ponad 32 lata, 19 godzin i 10 minut	14:40-18:30	14:40-18:30	14:40-18:30	14:40-18:30	14:40-18:30
Maciej Łokietek	mgr fizjoterapii, staż pracy ponad 3 lata, 35 godzin	07:30 – 14:30	07:30 – 14:30	07:30 – 14:30	07:30 – 14:30	07:30 – 14:30
Piotr Budzyk	mgr fizjoterapii, staż pracy ponad 5 lat, 20 godzin	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00	08:00-12:00
Joanna Wąsik	mgr fizjoterapii, staż pracy ponad 6 lat, 37 godzin 30 minut	11:00-18:30	11:00-18:30	11:00-18:30	11:00-18:30	11:00-18:30

W przedmiotowej ofercie przedstawiono następujący harmonogram pracy pracowni fizjoterapii:

poniedziałek: 07:30- 18:30,
wtorek: 07:30- 18:30,
środa: 07:30- 18:30,
czwartek: 07:30- 18:30,
piątek: 07:30- 18:30.

Analiza harmonogramu pracy pracowni fizjoterapii oraz harmonogramu świadczenia usług przez poszczególnych fizjoterapeutów, dokonana według stanu na dzień złożenia oferty (27 grudnia 2017 r.), wskazuje, że oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 złożona przez Oferenta, spełniała bezwzględnie wymagany warunek: *gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00.*

Należy podkreślić, że do oferty Pan Waldemar Szumkowski załączył pisemne oświadczenie Pana Macieja Łokietek z dnia 21 grudnia 2017r., w którym Pan Maciej Łokietek oświadczył, iż od dnia 1 marca 2018r. wykonywał będzie czynności fizjoterapeuty, według następującego harmonogramu:

poniedziałek: 07:30- 14:30
wtorek: 07:30- 14:30
środa: 07:30- 14:30
czwartek: 07:30- 14:30

piątek: 07:30- 14:30,

tj., w wymiarze 35 h / tygodniowo, potwierdzając tym samym harmonogram pracy Pana Macieja Łokietek, który został przedstawiony w części VI formularza ofertowego – opatrzonego tytułem „Szczegóły oferty”. W tej części oferty Pan Waldemar Szumkowski wskazał także w rubryce *Liczba godzin pracy tygodniowo*, że Pan Maciej Łokietek świadczył będzie tygodniowo usługi fizjoterapeuty na rzecz osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym - w przypadku wyboru oferty – w wymiarze 35 h (tj. w wymiarze potwierdzonym również przez Pana Macieja Łokietek w pisemnym oświadczeniu z dnia 21 grudnia 2017r.). W tym miejscu należy podkreślić, że w części VI formularza ofertowego, która oznaczona jest jako „Szczegóły oferty”, oferent wykazuje w części pod nazwą „Personel” - tygodniowy czas pracy swojego personelu, który będzie udzielał świadczeń stanowiących przedmiot prowadzonego postępowania konkursowego. Zatem, ten element oferty (VI część formularza ofertowego - „Szczegóły oferty”) stanowił propozycję Pana Waldemara Szumkowskiego złożoną Zamawiającemu, że w przypadku wyboru jego oferty, fizjoterapeuta Pan Maciej Łokietek będzie świadczył usługi medyczne w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, w wymiarze 35 h tygodniowo, zgodnie z harmonogramem wskazanym w części VI formularza ofertowego – opatrzonego tytułem „Szczegóły oferty”.

W dniu 10 stycznia 2018 r. Komisja konkursowa wezwała Oferenta – Pana Waldemara Szumkowskiego, do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu, w części dotyczącej Pana Macieja Łokietek, poprzez przedstawienie dokumentów potwierdzających prawidłowość złożonej oferty – w części obejmującej proponowany w ofercie harmonogram pracy Pana Macieja Łokietek. W odpowiedzi, pismem z dnia 11 stycznia 2018 r. Pan Waldemar Szumkowski potwierdził prawidłowość wskazanego przez siebie harmonogramu Pana Macieja Łokietek, oświadczając również, że potwierdził go także Pan Maciej Łokietek - w załączonym do oferty oświadczeniu z dnia 21 grudnia 2017r. W konsekwencji, Pan Waldemar Szumkowski potwierdził harmonogram pracy Pana Macieja Łokietek, który został przedstawiony w części VI formularza ofertowego - „Szczegóły oferty”, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 07:30 do 14:30, czyli w wymiarze 35 h tygodniowo.

Pismem z dnia 17 stycznia 2018 r. Komisja konkursowa wezwała Oferenta do przesłania oświadczeń całego personelu wykazanego w ofercie, potwierdzających jego dostępność u Oferenta, zgodnie z harmonogramem przedstawionym w ofercie. W odpowiedzi, pismem z dnia 18 stycznia 2018 r. Pan Waldemar Szumkowski:

- przedstawił pisemne oświadczenia złożone przez Pana Piotra Budzyka, Panią Joannę Wąsik i Panią Irenę Nowakowską,
- poinformował Komisję konkursową, że oświadczenie Pana Macieja Łokietek zostało załączone do oferty (oświadczenie z dnia 21 grudnia 2017r.),
- poinformował Komisję konkursową, że dane zawarte w ofercie nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 dotyczące harmonogramu personelu były aktualne na dzień złożenia oferty, czyli na dzień 27 grudnia 2017 r., natomiast od 1 stycznia 2018 r. Pani Joanna Wąsik podjęła decyzję o zatrudnieniu u innego pracodawcy i w związku z powyższym zmieni się jej harmonogram pracy z:

- od poniedziałku do piątku w godzinach **od 11:00 do 18:30**

na:

- od poniedziałku do piątku w godzinach **od 15:30 do 18:30**

- poinformował Komisję konkursową, że od dnia 17 stycznia 2018 r. zatrudnił nowego magistra fizjoterapii Panią Katarzynę Sipowicz, której kserokopie dyplomu oraz oświadczenie o harmonogramie zostało dołączone do pisma z dnia 18 stycznia 2018 r.

Należy podkreślić, że zarówno z pisma Pana Waldemara Szumkowskiego z dnia 18 stycznia 2018 r., jak i z treści uzasadnienia protestu z dnia 6 lutego 2018 r. sporządzonego przez radcę prawnego Panią Ewę Hassa, jednoznacznie wynika, że już w dniu 1 stycznia 2018r. nastąpiły zmiany u Oferenta (podjęcie u innego pracodawcy dodatkowego zatrudnienia przez Panią Joannę Wąsik), powodujące, że oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 przestała być aktualna, bowiem zmianie (ograniczeniu) uległ wskazany w ofercie harmonogram świadczenia usług przez Panią Joannę Wąsik (zmniejszenie liczby godzin w harmonogramie). Niestety, Oferent nie poinformował o tym fakcie Komisji konkursowej, dopiero w wyniku wezwania skierowanego przez Komisję konkursową w dniu 17 stycznia 2018 r., Oferent Pan Waldemar Szumkowski zdecydował się ujawnić te okoliczności. Zatem, od dnia 1 stycznia 2018r. Komisja konkursowa analizując propozycje zawarte w przedmiotowej ofercie (badając ofertę), nie wiedziała, że oferta Pana Waldemara Szumkowskiego - nie jest już aktualna w zakresie obejmującym harmonogram świadczenia usług przez Panią Joannę Wąsik. Na marginesie należy wskazać, że w tym czasie w ramach realizowanych przez Komisję czynności sprawdzających Oferent składa Komisji pisemne oświadczenia:

- oświadczenie z dnia 5 stycznia 2018r. o samodzielnym wykonywaniu ewentualnej przyszłej umowy, tj. bez udziału podwykonawców,
- oświadczenie z dnia 11 stycznia 2018r. o braku konfliktu personelu w zakresie harmonogramu Pana Macieja Łokietek,

niestety, Pan Waldemar Szumkowski składając powyższe oświadczenia, nie zdecydował się ujawnić Komisji konkursowej, że jego oferta od dnia 1 stycznia 2018 r. – przestała być aktualna, w części obejmującej harmonogram Pani Joanny Wąsik. Oferent nie podjął również próby wyjaśnienia przyczyn nieujawnienia tych okoliczności (z własnej inicjatywy), zarówno w uzasadnieniu protestu, w uzasadnieniu odwołania, jak i w uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

W ocenie Dyrektora Oddziału, Komisja konkursowa dokonała prawidłowego ustalenia, że od dnia 1 stycznia 2018r. – kiedy to uległ zmianie harmonogram pracy Pani Joanna Wąsik, z przedstawionego w ofercie harmonogramu:

- od poniedziałku do piątku w godzinach **od 11:00 do 18:30,**

na zmieniony harmonogram:

- od poniedziałku do piątku w godzinach **od 15:30 do 18:30,**

oferta Pana Waldemara Szumkowskiego przestała spełniać bezwzględnie wymagany warunek, który został określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, tj. **gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00.** Skutkiem zmiany w ofercie nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 harmonogramu pracy Pani Joanny Wąsik (ograniczenie czasu pracy), jest brak zapewnienia nadzoru magistra fizjoterapii z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty -

od poniedziałku do piątku w godzinach pracy pracowni fizjoterapii od 14:30 do 14:40, co oznacza, że Oferent przestał spełniać bezwzględnie wymagany warunek w postaci, cyt.: *co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00.*

W piśmie z dnia 18 stycznia 2018r. Oferent – Pan Waldemar Szumkowski poinformował Komisję konkursową, że od dnia 17 stycznia 2018 r. zatrudnił magistra fizjoterapii Panią Katarzynę Sipowicz, której kserokopię dyplomu oraz oświadczenie o harmonogramie zostało dołączone do pisma z dnia 18 stycznia 2018 r. W ocenie organu II instancji, po upływie terminu do składania ofert, tj. w trakcie prowadzonego już postępowania konkursowego, oferent nie może dokonywać zmiany oferty, poprzez jej uzupełnienie.

Zgodnie z treścią § 18 ust. 4 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 po upływie terminu składania ofert oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

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].

Pan Waldemar Szumkowski składając w postępowaniu konkursowym ofertę nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405, 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.

Zgodnie z tezą wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 19 maja 2017r., 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 2017r., 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 Dyrektora Oddziału, w trakcie dokonywanej przez Komisję konkursową oceny ofert, Pan Waldemar Szumkowski nie mógł już skutecznie dokonać uzupełnienia (zmiany) swojej oferty, poprzez rozszerzenie składu osobowego wskazanego personelu - o fizjoterapeutę Panią Katarzynę Sipowicz, co oznacza, że Komisja już na tym etapie powinna była odrzucić ofertę nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405, z przyczyn opisanych powyżej (na wcześniejszym etapie niniejszego uzasadnienia). W tym miejscu należy również wskazać, że z tych samych powodów Oferent nie mógł również uzupełnić oferty, po jej odrzuceniu przez Komisję konkursową, o kolejnego zatrudnionego fizjoterapeutę, tj. Panią Magdalenę Łaniewską - Skrzypczak.

Pismem z dnia 25 stycznia 2018 r. Oferent wezwany został przez Komisję konkursową, do przesłania dokumentów Pani Katarzyny Sipowicz potwierdzających 3 - letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty. W odpowiedzi pismem z dnia 25 stycznia 2018 r. Oferent poinformował Komisję konkursową, że **Pani Katarzyna Sipowicz nie posiada 3 letniego stażu pracy w zawodzie fizjoterapeuty.** W konsekwencji, Komisja konkursowa ustaliła, że Pani Katarzyna Sipowicz nie posiada tożsamyh kwalifikacji w porównaniu do Pani Joanny Wąsik, która posiada 3 - letni staż pracy w zawodzie fizjoterapeuty. W ocenie Dyrektora Oddziału, zakładając hipotetycznie, że Oferent mógłby uzupełnić swoją ofertę – poprzez rozszerzenie personelu o dodatkowego fizjoterapeutę w osobie Pani Katarzyny Sipowicz, to z uwagi na niespełnienie warunku w postaci posiadania 3 - letniego stażu pracy w zawodzie fizjoterapeuty, taka zmiana i tak nie spowodowałaby, iż przedmiotowa oferta ponownie zaczęłaby spełniać wszystkie bezwzględnie wymagane przez Zamawiającego warunki. Ponadto, zakładając dalej hipotetycznie, że Pani Katarzyna Sipowicz, jednak posiadałaby 3 - letni staż pracy w zawodzie fizjoterapeuty, to fakt jej zatrudnienia w dniu 17 stycznia 2018 r., jednoznacznie wskazuje, że oferta Pana Waldemara Szumkowskiego nie spełniałaby wszystkich warunków bezwzględnie wymaganych - w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 16 stycznia 2018r., co w sposób oczywisty nie daje się pogodzić z utrwalonym stanowiskiem Naczelnego Sądu Administracyjnego, że oferta ma być aktualna w toku całego postępowania konkursowego, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy. W konsekwencji zapewnienie Oferenta o spełnieniu wymaganych warunków musi obejmować i być 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.

W tym stanie rzeczy, Dyrektor Oddziału podziela ustalenia Komisji konkursowej, że skutkiem zmiany w ofercie nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 harmonogramu pracy Pani Joanny Wąsik, jest brak zapewnienia nadzoru magistra fizjoterapii

z co najmniej 3 - letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty - **od poniedziałku do piątku w godzinach pracy pracowni fizjoterapii od 14:30 do 14:40.** W związku z powyższym, oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405 od dnia 1 stycznia 2018r. nie spełniała już bezwzględnie wymaganego warunku, który został określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w postaci, cyt.: **Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00.** Zatem, od dnia 1 stycznia 2018r. oferta Pana Waldemara Szumkowskiego przestała spełniać przedmiotowy warunek, w części dotyczącej zapewnienia czasu pracy gabinetu (zakładu rehabilitacji lub fizjoterapii) nie krócej niż 5 godzin bez przerwy, co najmniej 2 dni w tygodniu w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00, z nadzorem magistra fizjoterapii - z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty. Okoliczność, że Zakład prowadzony przez Oferenta czynny jest przez 11 godzin dziennie, nie zmienia faktu, że oferta nie spełnia powyżej wskazanego bezwzględnie wymaganego warunku.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 25 listopada 2016 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 1512/15, Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, cyt.: *wskazany przepis należy rozumieć w ten sposób, że oferent lub oferta musi spełniać wszystkie warunki sformułowane w ramach dwóch grup warunków, a więc: „wymaganych warunków określonych w przepisach prawa”, a także „warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3”. Musi zatem spełniać zarówno te warunki, które wynikają wprost z przepisów prawa, jak i te, które zostały określone przez Prezesa NFZ. Takie rozumienie cyt. normy prowadzić musi do wniosku, iż w konkursie nie może brać udziału oferent/oferta, niespełniająca choćby jednego z warunków określonych prawem lub określonych przez Prezesa NFZ. Innymi słowy powodem odrzucenia oferty może być zarówno niespełnienie warunków określonych w ustawie jak też niespełnienie warunków określonych w wydanym, na podstawie art. 146 ust. 3 ustawy, zarządzeniu Prezesa NFZ.*

Zarówno w uzasadnieniu protestu wniesionego przez Pana Waldemara Szumkowskiego, jak i w uzasadnieniu rozpatrywanego odwołania, wskazano, że wymagany nadzór magistra fizjoterapii - z co najmniej 3 letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty, zapewnia Pan Maciej Łokietek, w tym również w zakresie obejmującym „10 minutową lukę” pomiędzy godz. 14:30 a 14:40. Jednocześnie Oferent zarzucił Komisji konkursowej niewyjaśnienie rozbieżności pomiędzy wskazanym w części VI formularza ofertowego („Szczegóły oferty” - *Personel*) tygodniowym czasem pracy, a miesięcznym czasem pracy wskazanym w części IV formularza ofertowego („Wykaz personelu”).

W wyniku przeanalizowania danych zawartych w ofercie 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405, pismach i oświadczeniach Oferenta składanych w ramach procedury konkursu ofert, jak i danych zawartych w Portalu Potencjału (w ramach platformy prowadzonej przez NFZ), Dyrektor Oddziału uznał za nieuzasadniony zarzut Oferenta, w przedmiocie nie uwzględnienia przez Komisję konkursową okoliczności, że wymagany nadzór zapewnia Pan Maciej Łokietek, w tym również w zakresie obejmującym „10 minutową lukę” - pomiędzy godz.

14:30 a 14:40. Należy podkreślić, że zgodnie z przedstawionym w ofercie przez Pana Waldemara Szumkowskiego harmonogramem, w razie wyboru tej oferty przez Komisję konkursową, Pan Maciej Łokietek miałby wykonywać usługi medyczne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (umowy z NFZ) od poniedziałku do piątku – w godzinach od 7:30 do 14:30. W trakcie prowadzonego postępowania harmonogram ten potwierdzał, zarówno Pan Maciej Łokietek - w swoim pisemnym oświadczeniu z dnia 21 grudnia 2017r., które zostało załączone do oferty, jak i Oferent - Pan Waldemar Szumkowski - w treści samej oferty i dodatkowo w pisemnych oświadczeniach z dnia 11 i 17 stycznia 2018 r. W oświadczeniach tych Pan Waldemar Szumkowski potwierdził prawidłowość wskazanego przez siebie harmonogramu, oświadczając również, że potwierdził go także Pan Maciej Łokietek - w oświadczeniu załączonym do oferty. Do dnia odrzucenia oferty Pan Waldemar Szumkowski nie zgłaszał Komisji konkursowej, jakiegokolwiek nieprawidłowości w zakresie harmonogramu Pana Macieja Łokietek. Należy również podkreślić, że harmonogram Pana Macieja Łokietek - przedstawiony w części VI formularza ofertowego („Szczegóły oferty”), jest zgodny z harmonogramem przedstawionym przez Pana Waldemara Szumkowskiego w Portalu Potencjału – Dane Personelu, w tym również w zakresie obejmującym *Liczbę godzin pracy tygodniowo: 35 h*.

W ocenie Dyrektora Oddziału, brak jest podstaw do uwzględnienia twierdzeń Oferenta, o rzekomej pomyłce w rozpisaniu harmonogramu wykonywania świadczeń przez Pana Macieja Łokietek. Należy w tym miejscu przypomnieć, że Pan Waldemar Szumkowski brał już uprzednio udział w postępowaniu konkursowym prowadzonym pod nr 04-17-000230/REH/05/1/05.1310.208.02/01, które zakończyło się unieważnieniem tego postępowania przez Zamawiającego. Przygotowując ofertę do tamtego postępowania, Pan Waldemar Szumkowski przedstawił w Portalu Potencjału – Dane Personelu, wskazując czas pracy Pana Macieja Łokietek w wymiarze 161 h/miesięcznie, 37 h/ tygodniowo oraz tygodniowy harmonogram pracy rozpisany na 37 h/ tygodniowo. Na etapie przygotowywania oferty, która została złożona w niniejszym postępowaniu konkursowym, Pan Waldemar Szumkowski zmienił w Portalu Potencjału – Dane Personelu:

- tygodniową liczbę godzin Pana Macieja Łokietek z 37 h na 35 h,
- tygodniowy harmonogram pracy Pana Macieja Łokietek – poprzez rozpisanie nowego harmonogramu obejmującego 35 h w tygodniu.

Powyższe zmiany zostały przedstawione również w ofercie, a także dwukrotnie potwierdzone przez samego Oferenta w części jawnej postępowania, w tym w ramach wyjaśniania konfliktu personelu. Oświadczenie potwierdzające ten harmonogram złożył również Pan Maciej Łokietek, w pisemnym oświadczeniu z dnia 21 grudnia 2017r. Zatem, w tym stanie rzeczy, trudno jest mówić o jakimkolwiek błędzie Oferenta. Ponadto, w uwagi na obowiązującą zasadę związania oferenta złożoną ofertą, nie jest możliwe dokonywanie korekt (zmian) oferty, po upływie terminu do jej wniesienia.

Odnosząc się do wskazywanego w uzasadnieniu protestu oraz w uzasadnieniu odwołania, średniego miesięcznego czasu pracy (błędnie wskazywanego przez Oferenta w proteście, jako – łączny miesięczny czas pracy), należy przede wszystkim wyjaśnić, że ma on wymiar jedynie szacunkowy (uśredniony), co wynika z różnej ilości dni pracy w poszczególnych miesiącach kalendarzowych. Należy podkreślić, że **elementem niezmiennym i podlegającym ocenie przez Komisję konkursową, jest tygodniowa liczba godzin pracy i odpowiadający jej tygodniowy harmonogram pracy. Obydwa te elementy znajdują się w części VI formularza ofertowego –**

oznaczonej jako „Szczegóły oferty”, które to dane stanowią podstawę do ustalenia spełnienia przez ofertę warunków bezwzględnie wymaganych, a w dalszej kolejności warunków dodatkowo ocenianych. W przypadku wyboru oferty, to dane z części VI formularza ofertowego – oznaczonej jako „Szczegóły oferty”, znajdują swoje odzwierciedlenie w treści umowy zawieranej z Zamawiającym. W tym miejscu Dyrektor Oddziału wskazuje, że zgodnie z treścią § 2 ust. 1 i ust. 2 wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza, stanowiącego załącznik do Zarządzenia nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku, świadczenia udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy, oznaczonym jako „Harmonogram zasoby”; przy czym świadczenia udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy określonym w załączniku nr 2 do umowy, oznaczonym jako „Harmonogram zasoby”. Tygodniowa liczba godzin pracy i odpowiadający jej tygodniowy harmonogram czasu pracy (poszczególnych osób wskazanych jako personel), stanowi przedmiot załącznika nr 2 do umowy, oznaczonego jako „Harmonogram zasoby”. W umowach zawieranych z wybranymi oferentami, Zamawiający wpisuje w załączniku nr 2 do umowy, oznaczonym jako „Harmonogram zasoby”, tygodniowy czas pracy personelu z części VI formularza ofertowego – oznaczonej jako „Szczegóły oferty”. Z uwagi na szacunkowy (uśredniony) charakter pozycji miesięczny czas pracy – z części IV formularza ofertowego („Wykaz personelu”), miesięczny szacunkowy czas pracy nie jest wpisywany do umowy, w konsekwencji Zamawiający już na etapie realizacji umowy:

- nie kontroluje, czy personel oferenta świadczy usługi medyczne według szacunkowego miesięcznego czasu pracy,
- **kontroluje, czy personel oferenta świadczy usługi medyczne według tygodniowego harmonogramu czasu pracy, stanowiącego załącznik nr 2 do umowy.**

W zakończonym postępowaniu konkursowym Komisja dokonywała oceny tygodniowych harmonogramów czasów pracy personelu (część VI formularza ofertowego – „Szczegóły oferty”) u wszystkich oferentów, którzy brali udział w zakończonym postępowaniu konkursowym. W konsekwencji, organ I instancji prawidłowo uznał, że wszyscy oferenci zostali ocenieni w ten sam sposób przez Komisję konkursową, bowiem przedmiotem oceny był tygodniowy harmonogram czasu pracy. Zatem, organ I instancji prawidłowo uznał - za nieuzasadniony zarzut Oferenta, że Komisja konkursowa naruszyła obowiązki określone w § 5 ust. 1 Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent po raz kolejny podniósł zarzut naruszenia § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, poprzez nie wezwanie Oferenta do złożenia wyjaśnień w zakresie obejmującym rozbieżności pomiędzy szacunkowym miesięcznym czasem pracy, a tygodniowym czasem pracy i harmonogramem pracy Pana Macieja Łokietek, w celu wyjaśnienia tych nieścisłości. W ocenie Oferenta, uwzględniając szacunkowy miesięczny czas pracy Pana Macieja Łokietek w wymiarze 161 godz., który został wskazany w części IV formularza ofertowego, z tygodniowym czasem pracy wskazanym w części VI formularza ofertowego („Szczegóły oferty”) w wymiarze 35 godz., to według Oferenta widnieje oczywisty błąd w harmonogramie tygodniowym, gdzie powinno być

7.30 godz./dziennie. W wyniku rozpatrzenia powyższego zarzutu Oferenta, organ II instancji wskazuje, że tylko w roku 2018:

- w miesiącu marcu są 22 dni robocze,
- w miesiącu kwietniu jest 20 dni roboczych,
- w miesiącu maju jest 20 dni roboczych,
- w miesiącu czerwcu jest 21 dni roboczych,
- w miesiącu lipcu są 22 dni robocze,
- w miesiącu wrześniu jest 20 dni roboczych,
- w miesiącu październiku są 23 dni robocze,
- w miesiącu listopadzie jest 21 dni roboczych,
- w miesiącu grudniu jest 19 dni roboczych.

Zatem, zakładając hipotetycznie, że Komisja konkursowa zwróciłaby się do Oferenta o wyjaśnienie, a Oferent wskazałby, że dzienny czas pracy Pana Macieja Łokietek powinien wynosić 7.30 godz., a nie jak w ofercie 7.00 godz., to stanowisko to niczego by nie wyjaśniło, bowiem w takim przypadku:

- w miesiącu marcu miesięczny czas pracy wynosiłby **165 godz.** (22 dni x 7,5 = 165),
- w miesiącu kwietniu miesięczny czas pracy wynosiłby **150 godz.** (20 dni x 7,5 = 150),
- w miesiącu maju miesięczny czas pracy wynosiłby **150 godz.** (20 dni x 7,5 = 150),
- w miesiącu czerwcu miesięczny czas pracy wynosiłby **157,5 godz.** (21 dni x 7,5 = 157,5),
- w miesiącu lipcu miesięczny czas pracy wynosiłby **165 godz.** (22 dni x 7,5 = 165),
- w miesiącu wrześniu miesięczny czas pracy wynosiłby **150 godz.** (20 dni x 7,5 = 150),
- w miesiącu październiku miesięczny czas pracy wynosiłby **172,5 godz.** (23 dni x 7,5 = 172,5),
- w miesiącu listopadzie miesięczny czas pracy wynosiłby **157,5 godz.** (21 dni x 7,5 = 157,5),
- w miesiącu grudniu miesięczny czas pracy wynosiłby **142,5 godz.** (19 dni x 7,5 = 150).

Przedstawiony powyżej hipotetyczny przykład wyraźnie wskazuje, że szacunkowy miesięczny wymiar czasu pracy – nie może stanowić elementu podlegającego ocenie, z uwagi na swoją zmienność w poszczególnych miesiącach kalendarzowych. Przedstawiony przez Oferenta szacunkowy czas pracy Pana Macieja Łokietek - w wymiarze 161 godz., który został wskazany w części IV formularza ofertowego, nie występuje w żadnym miesiącu kalendarzowym. Zatem, elementem niezmiennym i podlegającym ocenie przez Komisję konkursową, jest tygodniowa liczba godzin pracy i odpowiadający jej tygodniowy harmonogram pracy. Należy przy tym podkreślić, że tygodniowa liczba godzin pracy i odpowiadający jej tygodniowy harmonogram pracy jest zawsze taki sam w każdym tygodniu każdego miesiąca. W konsekwencji, jest to wartość stała. Obydwa te elementy znajdują się w części VI formularza ofertowego – oznaczonej jako „*Szczegóły oferty*”, które to dane stanowią podstawę do ustalenia spełnienia przez ofertę warunków bezwzględnie wymaganych, a w dalszej kolejności warunków dodatkowo ocenianych.

W ocenie Dyrektora Oddziału, za niedopuszczalną i nieskuteczną należy uznać podjętą w proteście przez Oferenta próbę, w postaci:

- uzupełnienia składu personelu o kolejną osobę, tj. Panią Magdalenę Łaniewską – Skrzpczak,
- oświadczenia Pana Macieja Łokietek z dnia 31 stycznia 2018r. o zmianie tygodniowego harmonogramu pracy.

Jeszcze raz należy w tym miejscu przypomnieć, że uzupełnienie oferty może być skutecznie dokonane, do czasu upływu terminu do składania ofert w danym postępowaniu. W konsekwencji, za niedopuszczalną należy uznać próbę zmiany oferty, na etapie rozpatrywania protestu złożonego przez Oferenta. Jednocześnie organ nie podziela twierdzeń Oferenta, że przedmiotowe zmiany nie stanowiły uzupełnienia, a wyłącznie doprecyzowanie złożonej oferty (*tak w odwołaniu*) lub jedynie potwierdzenie faktu w zakresie obowiązywania harmonogramu (*tak we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy*).

W ocenie organu II instancji, za nieuzasadniony należało również uznać zarzut Oferenta, w przedmiocie nie zakwestionowania przez Komisję konkursową - w formie wezwania Oferenta do usunięcia braku formalnego oferty - przedstawionych oświadczeń, uznając, że spełniają one warunki wymagane przez Zamawiającego. Należy w tym miejscu podkreślić, że brak zapewnienia nadzoru magistra fizjoterapii z co najmniej 3 - letnim doświadczeniem w zawodzie fizjoterapeuty - od poniedziałku do piątku w godzinach pracy pracowni fizjoterapii od 14:30 do 14:40, a w konsekwencji nie spełnienie również warunku bezwzględnie wymaganego: *Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00*, stanowi brak merytoryczny, a nie brak formalny. Zatem, w tym zakresie Komisja konkursowa nie mogła wezwać Oferenta, do uzupełnienia braku formalnego oferty. Wbrew twierdzeniom Oferenta, Komisja nie uznała przedstawionych oświadczeń za prawidłowe, bowiem podjęła decyzję o odrzuceniu oferty.

Na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *odrzuca się ofertę jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2*.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 22 kwietnia 2015 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 816/14, Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, że niespełnianie warunków wymaganych od świadczeniodawców skutkuje odrzuceniem oferty w części jawnej postępowania konkursowego, kiedy to ustala się (m.in.), które z ofert spełniają warunki, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach. Przepis art. 149 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymienia enumeratywnie przypadki (przyczyny) odrzucenia oferty. Przepis ten skonstruowany jest w ten sposób, że wystąpienie którejkolwiek z tych przyczyn powoduje konieczność (przymus) odrzucenia oferty, bez możliwości podjęcia przez organ innej decyzji. Niespełnianie przez oferenta lub ofertę warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach (warunki wymagane od świadczeniodawców), to przyczyna odrzucenia oferty, która ma w pierwszym etapie postępowania wyeliminować podmioty, które nie spełniają warunków merytorycznych określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ. Oferent niespełniający któregoś z wymogów zarządzenia Prezesa NFZ, określającego merytoryczne warunki realizacji świadczeń danego rodzaju, otrzymuje pisemną informację o odrzuceniu jego oferty oraz przyczynach odrzucenia.

Warunki wymagane od świadczeniodawców (art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), to ustalone przez Prezesa NFZ warunki sine qua non uczestnictwa w postępowaniu. Dotyczą one m.in. organizacji udzielania świadczeń. Formułowane są w ten sposób, że można je spełniać albo nie – spełnianie warunków nie podlega stopniowaniu.

W tym stanie rzeczy, Komisja zobowiązana była do odrzucenia oferty nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405, na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nieodrzućenie tej oferty, a także umożliwienie Oferentowi dokonywania jej zmian poprzez korygowanie czasu pracy Pana Macieja Łokietek, jak również rozszerzenie składu personelu o dodatkowych fizjoterapeutów, niewątpliwie stanowiłoby wyraz naruszenia 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. W ocenie organu II instancji, prawidłowe było stanowisko Komisji konkursowej, w przedmiocie wyeliminowania z dalszej części postępowania konkursowego oferty Pana Waldemara Szumkowskiego, która nie spełniała warunku bezwzględnie wymaganego, jest potwierdzeniem przestrzegania zasad równego traktowania oraz zapewnienia uczciwej konkurencji, w szczególności mając na uwadze kontroferentów, którzy wymagania spełniali. Odmienne stanowisko prowadziłoby do naruszenia reguł postępowania jednakowych dla oferentów oraz nieuprawnionych odstępstw na korzyść jednego z nich (Pana Waldemara Szumkowskiego).

Organ II instancji podziela stanowisko organu I instancji, że 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 nowego personelu oraz rozszerzenie tygodniowego czasu pracy Pana Macieja Łokietek. Należy podkreślić, że obowiązujące przepisy prawa nie przewidują możliwości poprawienia przez oferenta ewentualnych błędów i pomyłek powstałych na etapie przygotowania oferty, bowiem taka korekta stanowiłaby zmianę / uzupełnienie oferty, po upływie terminu do jej złożenia.

Organ II instancji dzieląc stanowisko organu I instancji, nie zgadza się z zarzutem Pana Waldemara Szumkowskiego, że Komisja konkursowa wprowadziła w błąd Oferenta, bowiem potwierdziła, że w zakresie objętym tygodniowym harmonogramem czasu pracy Pana Macieja Łokietek, wskazanym w ofercie oraz potwierdzonym w oświadczeniu Pana Macieja Łokietka z dnia 21 grudnia 2017r., nie występuje konflikt personelu. Należy podkreślić, że nie wystąpienie konfliktu personelu oznacza, że w czasie określonym tygodniowym harmonogramem pracy Pan Maciej Łokietek nie występuje - jako personel w innej ofercie i/lub umowy zawartej z Zamawiającym. W przedmiotowym przypadku Komisja konkursowa badała konflikt personelu, obejmujący harmonogram Pan Macieja Łokietek wskazany w ofercie, tj. w wymiarze 35 godz. /

tygodniowo. Po dokonaniu sprawdzenia tego harmonogramu, Komisja potwierdziła, że w zakresie obejmującym 35 - godzinny harmonogram przedstawiony w ofercie, nie występuje konflikt personelu. Zatem, Komisja nie mogła wprowadzić Oferenta w jakikolwiek błąd, bowiem wyłącznie potwierdziła nie występowanie konfliktu personelu.

Należy podkreślić, iż rozpatrując odwołanie wniesione przez Oferenta – Pana Waldemara Szumkowskiego, organ I instancji 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 I 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 niejawnego 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 jawnego 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, który 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).

Organ II instancji podziela stanowisko organu I instancji, 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.

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 Siostr 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 "REHABILITACJA" S.C. E. Bagińska- Woga, A. Maćkowiak, A. Proskórnicka, M. Wrzyszczyńska, M. Mierzwa- Świejkowska	48,00	0,00	5,00	6,00	0,00	10,00	69,00	Tak
Zakład Fizjoterapii "Artem" spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz	48,00	0,00	5,00	6,00	0,00	7,50	66,50	Tak
Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego 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

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.

Organ II instancji podziela stanowisko organu I instancji, że w ramach rozpatrywania odwołania w niniejszym postępowaniu administracyjnym, Dyrektor Oddziału nie jest kompetentny do badania czynności innej komisji konkursowej, które ewentualnie zostały podjęte w prawomocnie zakończonym w 2014 roku postępowaniu konkursowym. Ponadto, organ II instancji w ramach niniejszego postępowania administracyjnego nie jest również kompetentny do badania i oceny dokumentacji innego postępowania konkursowego, które zostało unieważnione. W tym miejscu należy przypomnieć, że zgodnie z przepisem art. 152 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *środki odwoławcze nie przysługują na unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*. Zatem, w ramach niniejszego postępowania administracyjnego Dyrektor Oddziału, nie może dokonywać kontroli całości lub części dokumentacji z unieważnionego postępowania konkursowego. W konsekwencji, protokół z postępowania konkursowego zakończonego w 2014 roku oraz złożone w jego ramach oferty, jak również dokumentacja z unieważnionego postępowania konkursowego, nie mogły zostać włączone do akt niniejszego postępowania administracyjnego oraz stać się przedmiotem oceny organu. Organ nie może porównywać ofert z różnych postępowań konkursowych, nie może również porównywać działań różnych komisji konkursowych i na tej podstawie formułować wnioski w ramach niniejszego postępowania administracyjnego. Zatem, stawiane w tym zakresie zarzuty przez Oferenta, należało uznać za bezprzedmiotowe.

W dniu 5 marca 2018r. Oferent - za pośrednictwem swojego pełnomocnika radcy prawnego Ewy Hassa – złożył pismo stanowiące uzupełnienie do odwołania, w którym to piśmie podniesione zostały kolejne zarzuty w postaci naruszenia przez organ I instancji przepisów art. 6, art. 8, art. 10 § 1 i art. 73 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, poprzez nieokazanie Oferentowi i jego pełnomocnikowi kompletnych ofert, z jednoczesnym powołaniem się przez pracownika organu, na objęcie ofert zastrzeżeniem tajemnicy przedsiębiorcy. Ponadto, Oferent podniósł, że tym samym organ I instancji uniemożliwił mu dostęp do akt prowadzonego postępowania administracyjnego. Zarzuty te zostały również podniesione we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Odnosząc się do przedmiotowych zarzutów, należy wskazać, że zgodnie z przepisem art. 135 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne*.

Na podstawie przepisu art. 135 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *Fundusz realizuje zasadę jawności:*

1) umów - przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy, rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń albo rodzaju zakupionych świadczeń, liczby jednostek rozliczeniowych (miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju, w szczególności: punkt, porada, osobodzień) wyrażających wartość świadczenia oraz

cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów;

2) ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę - w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert.

Zgodnie z tezą wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 14 czerwca 2011 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 554/10, oferta konkurencyjnego świadczeniodawcy nie podlega ujawnieniu innym świadczeniodawcom w sposób nieograniczony. Nie podlegają bowiem ujawnieniu dane zawarte w ofercie, objęte tajemnicą przedsiębiorstwa oraz ustawowo chronione dane osobowe.

Należy w tym miejscu podkreślić, że na tajemnicę przedsiębiorcy składają się dwa elementy: materialny (np. szczegółowy opis stosowanych technologii, urządzeń) oraz formalny - tj. wola konkretnego przedsiębiorcy utajnienia danych informacji. Stanowisko to jest zgodne z treścią art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który to przepis odwołuje się do „informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy”, „które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę”. Zakres stosowania zasady ograniczenia jawności ofert, należy rozpatrywać z uwzględnieniem treści przepisu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z którym *przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności*. W konsekwencji tajemnicę przedsiębiorcy wyprowadza się z tajemnicy przedsiębiorstwa i pojęcia te w zasadzie pokrywają się zakresowo, przy czym tajemnica przedsiębiorcy w niektórych sytuacjach może być rozumiana szerzej. Tajemnicę przedsiębiorcy stanowią więc informacje znane jedynie określonej grupie osób i związane z prowadzoną przez przedsiębiorcę działalnością, wobec których podjął on wystarczające środki ochrony w celu zachowania ich poufności. Zatem, informacja staje się „tajemnicą”, kiedy przedsiębiorca przejawia wolę zachowania jej jako niepoznawalnej dla osób trzecich. Nie traci natomiast swojego charakteru przez to, że wie o niej pewne ograniczone grono osób zobowiązanych do dyskrecji (np. pracownicy przedsiębiorstwa). Utrzymanie danych informacji - jako tajemnicy, wymaga podjęcia przez przedsiębiorcę działań, zmierzających do wyeliminowania możliwości dotarcia do nich przez osoby trzecie w normalnym toku zdarzeń, bez konieczności podejmowania szczególnych starań.

Stosownie do treści § 11 ust. 1 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 *oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę*.

W punkcie pierwszym tezy wyroku z dnia z dnia 12 lipca 2017 r., który został wydany w sprawie pod sygn. akt.: II GSK 3053/15, Naczelny Sąd Administracyjny wskazał,

że oświadczenie o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy można złożyć wraz z ofertą, ale też osobno - najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Skoro możliwość zastrzeżenia informacji zawartych w ofertach przewidział sam ustawodawca, a sposób dokonania takiego zastrzeżenia został doprecyzowany w zarządzeniu Prezesa NFZ, które znane było oferentom jeszcze przed przystąpieniem do postępowania konkursowego, to nie sposób czynić organowi zarzutu, że przestrzegał obowiązujących regulacji. W uzasadnieniu przedmiotowego wyroku Naczelny Sąd Administracyjny wyraźnie również podkreślił, że cyt.: **Całkowicie nieuzasadnione jest twierdzenie Skarżącego, że zastrzeżenie tajemnicy przedsiębiorcy uniemożliwia pełną ocenę i weryfikację złożonych przez oferentów ofert. Oferty te są zarówno przez Komisję Konkursową, jak i przez organ, a także przez Sąd, oceniane w całości. Całe oferty są włączone do akt postępowania administracyjnego (stronom udostępnia się je jednak z wyłączeniem elementów zastrzeżonych jako tajemnica przedsiębiorcy), jak i do akt postępowania sądowoadministracyjnego, co umożliwia nie tylko organowi, ale również Sądowi, kompleksową ocenę i weryfikację ich treści.**

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy pełnomocnik Oferenta powołał się na stanowisko przedstawione przez Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 11 lipca 2012r., wydanym w sprawie pod sygn. akt: II GSK 121/12, zgodnie z którym potrzeby ochrony informacji obejmujących np. tajemnicę przedsiębiorstwa lub ochrony danych osobowych można zaspokoić korzystając z innych odpowiednich regulacji prawnych np. odpowiednio art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Należy podkreślić, że zaprezentowane stanowisko jest nieaktualne, bowiem dotyczy one stanu prawnego przed wprowadzeniem przepisu art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Organ II instancji podziela stanowisko organu I instancji, że pomimo włączenia całych ofert oraz protokołu z konkursu ofert - do akt niniejszego postępowania administracyjnego, z uwagi na zastrzeżenie tajemnicy przedsiębiorcy, strony postępowania administracyjnego mogły zapoznać się z aktami postępowania - w takim zakresie, w jakim nie zostały one objęte tajemnicą przedsiębiorcy. Zdaniem Dyrektora Oddziału, przepis art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – jest przepisem szczególnym w stosunku do przepisu art. 73 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.

W zakończonym postępowaniu konkursowym oferty zostały zastrzeżone tajemnicą przedsiębiorcy, w następującym zakresie:

Elementy oferty	Zakład Fizjoterapii ARTEM s.c.	ALDEMED CENTRUM MEDYCZNE sp. z o.o.	Zakład Rehabilitacji Maria Ziółkowska	Walmed Waldemar Szumkowski	SP ZOZ MSWiA
wykaz podwykonawców					
wykaz personelu	x	x	x	x	x
wykaz sprzętu	x	x	x	x	x
wykaz pojazdów					

wykaz pomieszczeń	x		x		x
wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców					
oferta w zakresie liczby i ceny dla podmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń	x	x	x	x	x
harmonogram udzielania świadczeń	x	x	x		x
harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową	x	x	x	x	x
ankiety dotyczące danego postępowania w części zawierającej informacje zastrzeżone, wskazane w l.p. 1-9	x	x	x		x
inne, niż wymienione w l.p. 1-10, informacje:					x

W wyniku zastrzeżeń wniesionych przez Pana Waldemara Szumkowskiego, co do zakresu okazanych ofert oraz pozostałej dokumentacji konkursowej, organ I instancji przedłużył postępowanie konkursowe, w celu przeprowadzenia czynności zmierzających do ustalenia, czy zakres w jakim zostały złożone oświadczenia o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy, tj. informacje objęte tymi oświadczeniami, nie są rzeczywiście jawne, a więc czy składający te zastrzeżenia oferenci podjęli wystarczające środki ochrony w celu zachowania ich poufności. W ramach podjętych czynności organ I instancji przeanalizował strony internetowe oferentów, którzy złożyli oświadczenia o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy. Na stronach tych znajdują się dane dotyczące personelu oraz sprzętu, które częściowo zostały wskazane w ofertach i objęte oświadczeniem o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy. Poniżej w tabeli przedstawiono wyniki ustaleń dokonanych przez organ I instancji.

Elementy ujawnione przez oferentów do wiadomości publicznej	Zakład Fizjoterapii ARTEM s.c.	ALDEMED CENTRUM MEDYCZNE sp. z o.o.	Zakład Rehabilitacji Maria Ziolkowska	Waldemar Szumkowski Walmed	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze
wykaz personelu	częściowo ujawniony personel	częściowo ujawniony personel	częściowo ujawniony personel	częściowo ujawniony personel	częściowo ujawniony personel
wykaz sprzętu	nie ujawnione	częściowo ujawniony sprzęt	częściowo ujawniony sprzęt	nie ujawnione	nie ujawnione

W pozostałym zakresie nie ustalono, aby w przestrzeni publicznej funkcjonowały informacje, które zostały objęte w ofertach - oświadczeniem o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy.

W konsekwencji, organ I instancji uznał, że w pozostałym zakresie, tj. w zakresie nieujawnionym w przestrzeni publicznej, oferenci, którzy złożyli oświadczenie o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy, podjęli wystarczające środki ochrony w celu zachowania ich poufności. W ocenie organu II instancji, stanowisko zaprezentowane przez organ I instancji – jest prawidłowe.

Należy podkreślić, że w ramach przedłużonego terminu do wydania decyzji administracyjnej, organ I instancji ponownie udostępnił stronom akta postępowania, w tym oferty, protokół postępowania konkursowego oraz inne dokumenty wytworzone w zakończonym postępowaniu konkursowym, przy czym zastrzeżeniem tajemnicy przedsiębiorcy nie zostały już objęte te części ofert (te informacje) i pozostałe dokumenty, co do których oferenci nie podjęli wystarczających środków ochrony - w celu zachowania ich poufności, zgodnie z dokonanyymi przez organ ustaleniami. Po wyznaczeniu nowego terminu zakończenia postępowania administracyjnego, z prawa do ponownego przejrzenia akt sprawy skorzystali Pan Waldemar Szumkowski, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o., Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z siedzibą w Zielonej Górze, pełnomocnik Pani Marii Ziółkowskiej oraz Zakład Fizjoterapii „Artem” spółka cywilna Agnieszka Patan, Edyta Jasman-Jocz.

W ramach postępowania prowadzonego przez organ II instancji, udostępniono stronom akta postępowania, w takim samym zakresie, jak nastąpiło to ostatecznie w ramach postępowania przed organem I instancji.

Odnosząc się do zarzutu Oferenta, że przedstawiona - zarówno Oferentowi, jak i jego pełnomocnikowi – dokumentacja była niekompletna oraz częściowo w formie kserokopii, należy podkreślić, że z uwagi na zastrzeżone przez poszczególnych oferentów tajemnice przedsiębiorcy, organ nie mógł przedstawić w całości w formie oryginałów, bowiem zostałyby ujawnione zastrzeżone tajemnice przedsiębiorców. W tym stanie rzeczy, zarówno Oferentowi, jak i pozostałym stronom niniejszego postępowania administracyjnego, została udostępniona dokumentacja w zakresie nie objętym tajemnicą przedsiębiorców. W konsekwencji niektóre elementy ofert nie zostały w ogóle udostępnione lub udostępnione w formie kserokopii (dotyczyło to tych stron oferty, na których częściowo występowały dane objęte tajemnicą przedsiębiorcy. Zatem, organ II instancji za nieuzasadnione uznał zarzuty Oferenta o niekompletności dokumentacji udostępnionej stronom postępowania administracyjnego.

Na podstawie dokonanych ustaleń, Dyrektor Oddziału uznał również za nieuzasadniony zarzut Oferenta, w przedmiocie naruszenia przepisów art. 6, art. 8, art. 10 § 1 i art. 73 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, poprzez nieokazanie Oferentowi i jego pełnomocnikowi kompletnych (całych) ofert, z uwagi na ich częściowe objęcie zastrzeżeniem tajemnicy przedsiębiorcy. W wyniku podjętych przez organ I instancji czynności, dokonano ostatecznego ustalenia zakresu, w jakim oferenci dokonali skutecznego zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorcy (co organ szczegółowo opisał powyżej).

W piśmie z dnia 5 marca 2018r. - stanowiącym uzupełnienie do odwołania - Oferent podniósł zarzut nie złożenia przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze – oświadczenia o kontynuacji umowy ubezpieczenia OC, na cały okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Rozpatrując to zastrzeżenie Dyrektor Oddziału ustalił, że Komisja konkursowa w wyniku weryfikacji oferty Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki

Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze stwierdziła braki formalne i wezwała oferenta (pismem z dnia 4 stycznia 2018 r.) m.in. do przedstawienia oświadczenia o kontynuacji umowy ubezpieczenia OC (oferent przedstawił w ofercie aktualną polisę nr 1017832680 ubezpieczenia OC, która została zawarta na okres od 21 marca 2017 r. do 20 marca 2018 r.). W odpowiedzi na wezwanie oferent ten przedstawił oświadczenie z dnia 8 stycznia 2018 r., o kontynuacji umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, przez cały okres objęty umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oświadczenie zostało złożone do akt postępowania konkursowego, przed upływem wyznaczonego przez Komisję terminu. Organ I instancji nie przedstawił tego oświadczenia Panu Waldemarowi Szumkowskiemu - w dniu 5 marca 2018 r., bowiem pierwotnie uznał przedmiotową polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i oświadczenie o jej kontynuacji, za dokumenty objęte oświadczeniem o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy, złożonym w ofercie przez Samodzielny Publiczny Zakłady Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze. Nieuzasadniony okazał się również zarzut, że w formularzu ofertowym - w części III „Wykaz miejsc udzielania świadczeń” - została wpisana nazwa Dział (Pracownia) Fizjoterapii, natomiast w Rejestrze Wojewody nr 000000018833 wskazana została nazwa komórki organizacyjnej - Zakład Rehabilitacji. Rozpatrując przedmiotową ofertę Komisja ustaliła, że oferent Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze - na dzień złożenia oferty - posiadał w Rejestrze Podmiotów Leczniczych - pod nr 000000018833, w ramach lp. 10, wpisaną komórkę organizacyjną Zakład Rehabilitacyjny, pod adresem ul. Wazów 42, 65-044 Zielona Góra, kod terytorialny 0862011-Zielona Góra, kod resortowy VII - 010, kod resortowy VIII – 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii, kod resortowy IX HC. 2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna, kod resortowy X 33 Rehabilitacja medyczna. W konsekwencji, oferent ten posiadał komórkę organizacyjną o kodzie resortowym VIII – 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii. Należy podkreślić, że jest to ta sama komórka organizacyjna, będąca podstawą do realizacji świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. W ocenie organu II instancji, dokonane w tym zakresie ustalenia przez organ I instancji, są prawidłowe i organ II instancji w całości je podziela.

W ramach wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent podniósł zarzut nie wyjaśnienia przez organ I instancji, dlaczego w protokole z negocjacji przeprowadzonych z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze, zasłonięto informację o statusie oferty i propozycjach tego oferenta. Ponadto Oferent wskazał również, że organ I instancji nie wyjaśnił, dlaczego przyjął cenę za punkt w kwocie 1,00 zł, zaproponowaną przez Samodzielny Publiczny Zakłady Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze. Rozpatrując te zarzuty organ II instancji ustalił, że w dniach 19 i 20 lutego 2018 r. Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze, w celu ustalenia liczby świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za punkt rozliczeniowy. Pomimo możliwości uzyskania dodatkowych punktów za kryterium „cena”, co mogłoby nastąpić w wyniku obniżenia proponowanej ceny, Samodzielny Publiczny Zakłady Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze podczas negocjacji utrzymał swoją propozycję z oferty. Należy w tym miejscu podkreślić, że decyzję oferentów o ewentualnym obniżeniu ceny

za punkt rozliczeniowy – w trakcie prowadzonych negocjacji, stanowią ich prawo a nie obowiązek, komisja nie może „zmusić” oferenta do obniżenia ceny i/lub zwiększenia liczby świadczeń. Z uwagi na rankingujący charakter postępowania konkursowego oraz fakt, iż kryterium „cena” – nie jest jedynym kryterium w oparciu, o które dokonywane są oceny ofert, w rankingu końcowym wybierane są oferty, w kolejności od największej liczby uzyskanych punktów. Zatem, może być również wybrana oferta z relatywnie wysoką ceną, w sytuacji gdy uzyska ona większą liczbę punktów za pozostałe kryteria oceny ofert (kryteria pozacenowe). Rankingujący charakter postępowania konkursowego nie narusza zasady równego traktowania oferentów. Oferenci przystępując do konkursu ofert, tym samym godzą się na poddanie kontroli ich ofert - w zakresie warunków bezwzględnie wymaganych, a w dalszej kolejności ocenie warunków dodatkowo ocenianych.

Oferent Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze w ramach złożonego oświadczenia o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy, wskazał m.in. proponowaną cenę za punkt i liczbę świadczeń.

W konsekwencji, na podstawie art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych informacje te nie mogły zostać ujawnione Oferentowi, w ramach udostępnienia akt sprawy postępowania administracyjnego. Zgodnie z przepisem art. 135 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazana w ofercie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze cena za punkt i liczba świadczeń, zostanie ujawniona przez Zamawiającego - po ewentualnym zawarciu umowy z tym świadczeniodawcą.

Ponadto, w uzupełnieniu odwołania Oferent Waldemar Szumkowski podniósł także zarzut, że w ofercie złożonej przez Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska z siedzibą w Poznaniu, oferent ten nie dysponował wymaganym potencjałem osobowym, bowiem nie miał wskazanego - jako pracownika - Pana Pawła Gendery, posiadając jedynie promesę jego zatrudnienia. Natomiast w uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent dodatkowo podniósł, że jego zdaniem umowa zawarta z Panem Pawłem Genderą, stanowi umowę o współpracy, a Pan Paweł Gendera świadczył będzie usługi jako podwykonawca.

Rozpatrując ten zarzut, Dyrektor Oddziału w pierwszej kolejności wskazuje, że zgodnie z § 10 ust. 4 pkt 3 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) formularz ofertowy m.in. zawiera *wykaz personelu z opisem kompetencji; oferent obowiązany jest na wezwanie komisji prowadzącej postępowanie udokumentować gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie. Dokumentem potwierdzającym gotowość udzielania świadczeń jest zawarta z oferentem lub podwykonawcą umowa cywilnoprawna, w szczególności umowa o pracę lub pisemne zobowiązanie do zawarcia jednej z ww. umów.*

Z zacytowanej powyżej treści § 10 ust. 4 pkt 3 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ jednoznacznie wynika, że na żądanie komisji konkursowej oferent zobowiązany jest

udokumentować gotowość personelu wskazanego w ofercie, do udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy. Jednocześnie Zamawiające wyraźnie wskazał, że dokumentem potwierdzającym gotowość udzielania świadczeń jest zawarta z oferentem lub podwykonawcą umowa cywilnoprawna, w szczególności umowa o pracę lub pisemne zobowiązanie do zawarcia jednej z ww. umów.

Organ II instancji w całości podziela ustalenia organu I instancji, że w ofercie nr 04-18000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/2/0405, fizjoterapeuta Pan Paweł Gendera został przedstawiony w wykazie personelu - w ramach unikalnego wyróżnika nr 6 oraz w części VI *Szczegóły oferty* - w pozycji nr 6. Ponadto, Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska przedstawiło w ofercie pisemne oświadczenie Pana Pawła Gendery z dnia 25 października 2017 r., stanowiące zobowiązanie do zawarcia umowy cywilnoprawnej z Zakładem Rehabilitacyjnym Elżbietanki w Zielonej Górze, na stanowisku specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, w terminie od 1 stycznia 2018 r., w wymiarze ½ etatu (61 strona oferty). Zatem, już na etapie składania oferty Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska załączyło do niej pisemne oświadczenie Pana Pawła Gendery. W ocenie Dyrektora Oddziału, załączone do przedmiotowej oferty oświadczenie Pana Pawła Gendery, spełnia warunek określony w § 10 ust. 4 Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ. Organ II instancji ustalił również, że w dniu 11 stycznia 2018 r. do Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska zostało przesłane „wezwanie do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu”, dotyczące fizjoterapeutów: Pana Pawła Gendery i Pani Joanny Chmielewskiej. W odpowiedzi na wezwanie Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska przedstawiło oświadczenia Pana Pawła Gendery i Pani Joanny Chmielewskiej, w których potwierdzili, że usługi fizjoterapeutyczne świadczone na rzecz innych podmiotów leczniczych, nie kolidują z godzinami pracy w Zakładzie Rehabilitacyjnym Elżbietanki w Zielonej Górze. Ponadto, Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska przedstawiło kopie umów o pracę, zawarte z Panią Joanną Chmielewską oraz z Panem Pawłem Gendera. W tym stanie rzecz należy stwierdzić, że Pan Paweł Gendera – nie jest podwykonawcą tego oferenta. Na marginesie należy podkreślić, że zgodnie z § 1 pkt 8 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pod pojęciem *podwykonawcy* – rozumie się przez to podmiot, który wykonuje część umowy, o której mowa w pkt 14, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności. Zatem, sam fakt ewentualnego zatrudnienia fizjoterapeuty na podstawie umowy cywilnoprawnej, nie oznacza jeszcze, że jest to podwykonawca oferenta, bowiem zaistnieć jeszcze musi element samodzielnego organizowania powierzonego zakresu czynności. Na marginesie należy wskazać, że wykonywanie świadczeń fizjoterapeuty w zakładzie rehabilitacyjnym prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska, w jakimkolwiek zakresie nie daje podstaw do twierdzenia, że Pan Paweł Gendera samodzielnie organizuje sobie powierzony zakres czynności, tj. będzie samodzielnie sobie organizował cały proces udzielania świadczeń fizjoterapii. Ponadto, jeszcze raz należy przypomnieć, że już do oferty Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska załączyło pisemne zobowiązanie do zawarcia umowy (§ 10 ust. 4 pkt 3 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ). Zamawiający nie wymagał w zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ, aby po złożeniu przedmiotowego oświadczenia, umowa została zawarta w trakcie trwania postępowania konkursowego. Niemniej jednak po złożeniu

przedmiotowego oświadczenia, Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska – najpierw zawarło z Panem Pawłem Gendera umowę o współpracy, a następnie umowę o pracę. W wyniku zawarcia tych umów, nie uległ zmianie harmonogram pracy Pana Pawła Gendery, który został przedstawiony w ofercie. Ponownie wykonane przez Komisję konkursową - w dniach 15 i 16 lutego 2018 r. - weryfikacje personelu, nie wskazały na wystąpienie elementów spornych harmonogramu (konfliktu personelu), w przypadku Pana Pawła Gendery i Pani Joanny Chmielewskiej, tj. wykazania personelu w tym samym czasie, w danym postępowaniu, w kilku ofertach lub w różnych postępowaniach. W ocenie Dyrektora Oddziału, przedmiotowy zarzut należało uznać za nieuzasadniony.

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent podniósł zarzut, że Komisja konkursowa pismem z dnia 4 stycznia 2018r. wezwała Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska do usunięcia braków formalnych oferty, które zostały usunięte poprzez złożenie aneksu podpisanego przez Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” w Zielonej Górze. W ocenie Oferenta, dokumentu tego nie było w dniu składania oferty. Rozpatrując ten zarzut organ II instancji ustalił, że w załączonej do oferty Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska - umowie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nr UM 1/1/2018, zawartej w dniu 16 października 2017 r. pomiędzy Zakładem Rehabilitacyjnym Elżbietanki z siedzibą w Zielonej Górze a Zespołem Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „PROMYK” SPZOZ, brak było klauzuli „zobowiązania podwykonawcy o poddaniu się kontroli NFZ na zasadach określonych w ustawie”.

Zgodnie z postanowieniami § 14 ust. 1 pkt 7 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, oferent zobowiązany był załączyć do oferty kopie zawartych umów z podwykonawcami (bez postanowień określających finansowanie), albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli u podwykonawcy.

Zgodnie z przepisem art. 149 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *w przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.*

Należy podkreślić, że w przepisie art. 149 ust. 3 w/w ustawy Ustawodawca zobowiązał komisję,

w przypadku stwierdzenia braków formalnych lub braków w dokumentacji, do wezwania świadczeniodawcy do ich uzupełnienia.

W odpowiedzi na wezwanie Komisji konkursowej z dnia 4 stycznia 2018r., Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska dostarczyło w dniu 9 stycznia 2018 r. do aneksu nr 1 z dnia 8 stycznia 2018 r. do umowy na świadczenia zdrowotne NR UM 1/1/2018 zawartej w dniu 16-10-2017 r. w Zielonej Górze, zawierający przedmiotową klauzulę. W ocenie organu II instancji, czynności podjęte w tym zakresie przez Komisję konkursową były zgodne z przepisem art. 149 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych. Należy podkreślić, że gdyby Komisja konkursowa zaniechała obowiązkowi wezwania świadczeniodawcy do uzupełnienia przedmiotowych braków formalnych, to dopiero wówczas naruszyłaby przepis art. 149 ust. 3 ww. ustawy.

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent podniósł także zarzut, że na dzień złożenia oferty Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska nie posiadało licencji na program (aplikację) elektronicznej rejestracji pacjentów, bowiem załączona do akt licencja na program wystawiona została z datą 9 luty 2018r., tj. po dniu złożenia przedmiotowej oferty. Rozpatrując ten zarzut organ II instancji ustalił, że Komisja konkursowa zwróciła się pisemnie do Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska o potwierdzenie dysponowania:

- odrębną aplikacją służącą wykonywaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu,
- oprogramowaniem do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

W odpowiedzi na wezwanie Komisji konkursowej Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska przedstawiło:

- fakturę VAT nr 17/SFSB/10/00361 potwierdzająca zakup licencji mMedica moduł Gabinet, licencji mMedica moduł Elektroniczna dokumentacja medyczna, licencji mMedica moduł eRejestracja oraz licencji mMedica moduł SMS, których okres ważności upływał w dniu 8 lutego 2018r.,
- potwierdzenie przedłużenia w/w licencji mMedica na okres od dnia 9 lutego 2018r. do 8 lutego 2019r.,
- oświadczenie, że zakupione aplikacje firmy mMedica ze wszystkimi wskazanymi modułami, zostały wdrożone i są użytkowane.

W ocenie Dyrektora Oddziału, ustalony stan faktyczny nie potwierdził zarzutu Oferenta, że na dzień złożenia oferty Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska nie posiadało licencji na program (aplikację) elektronicznej rejestracji pacjentów. Zatem, złożone w tym zakresie oświadczenie w ofercie – było prawidłowe.

W dniu 15 stycznia 2018 r. Komisja konkursowa wystąpiła do Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska o wyjaśnienie dotyczące odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.2.3.3 cyt.: *REH_2 Zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń*, poprzez potwierdzenie, że wykazany w ofercie w części V - *Wykaz zasobów* w ramach unikalnego wyróżnika nr 1 oraz w części VI - *Szczegóły oferty* aparat do krioterapii model KRIOPOL R30 BRYZA, służy do zabiegów kriostymulacji parami azotu. W odpowiedzi na pytanie Komisji konkursowej, Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska przedstawiło kopię Faktury VAT nr 961/2017 – potwierdzająca zakup urządzenia do krioterapii KRIOPOL R30 BRYZA; kopię protokołu odbioru tego urządzenia, kopię Certyfikatu EC Dyrektywa 93/42/EEC - Załącznik V Zapewnienie Jakości Produkcji dla Wyrobów Medycznych oraz kserokopię paszportu technicznego przedmiotowego urządzenia. W ocenie organu II instancji, Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska udzieliło prawidłowej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.2.3.3, bowiem wskazany w części VI - *Szczegóły oferty* aparat do krioterapii model KRIOPOL R30 BRYZA, rzeczywiście służy do zabiegów kriostymulacji parami azotu. Ponadto,

przedstawione dokumenty potwierdzają, że Zgromadzenie Sióstr Św. Elżbiety Prowincja Poznańska posiadało przedmiotowe urządzenie na dzień złożenia oferty.

Zdaniem organu II instancji, nieuzasadniony jest zarzut naruszenia przez organ I instancji przepisu art. 153 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez nieuwzględnienie protestu zgłoszonego przez Waldemara Szumkowskiego. Wyjaśniając ten zarzut organ wskazuje, że rzekomo naruszony przepisu art. 153 ust. 3 ustawy jednoznacznie wskazuje, że to tylko komisja konkursowa może uwzględnić bądź nie - wniesiony protest. Organ I instancji, w ramach prowadzonego postępowania administracyjnego - nie rozpatruje ponownie protestu wniesionego przez Oferenta, co tym samym oznacza, że nie mógł naruszyć przepisu art. 153 ust. 3 w/w ustawy, poprzez nieuwzględnienie protestu zgłoszonego przez Waldemara Szumkowskiego (jak twierdzi pełnomocnik Oferenta). Treść tego przepisu jest jednoznaczna i nie pozostawia żadnej wątpliwości, że rozpatrzenie protestu należało do wyłącznej kompetencji Komisji konkursowej. Natomiast obowiązkiem organu I instancji było wyłącznie zbadanie, czy rozpatrując protest Komisja konkursowa nie naruszyła którejś z zasad postępowania konkursowego. Ustalenia w tym zakresie, organ I instancji szczegółowo przedstawił w uzasadnieniu swojej decyzji.

Zdaniem organu II instancji, nieuzasadniony jest zarzut uzupełnienia oferty przez Panią Marię Ziółkowską – w trakcie trwającego postępowania konkursowego. Rozpatrując ten zarzut organ II instancji ustalił, że oferta nr 04-18-000056/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405, która została złożona przez Marię Ziółkowską, posiadała braki formalne, w postaci:

- braku numeracji, na niektórych stronach oferty, w tym na karcie znajdującej się pomiędzy kartami oznaczonymi nr 41 i 42,
- braku poświadczenia za zgodność z oryginałem niektórych dokumentów, które zostały załączone do oferty.

Po stwierdzeniu powyższych braków formalnych oferty, w dniu 4 stycznia 2018 r. Komisja konkursowa wezwała Panią Marię Ziółkowską do usunięcia przedmiotowych braków formalnych - w terminie do dnia 9 stycznia 2018 r., pod rygorem odrzucenia oferty. Zgodnie z przepisem art. 149 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *w przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.*

W odpowiedzi na to wezwanie pełnomocnik Pani Marii Ziółkowskiej - Pan Paweł Ziółkowski uzupełnił numerację brakujących stron oferty składając dodatkowo podpis i datę uzupełnienia braku formalnego (tj. 5 stycznia 2018r.) oraz jako osoba uprawniona do reprezentowania oferenta dokonał potwierdzenia za zgodność z oryginałem kopii dokumentów dołączonych do oferty. Karta oznaczona przez pełnomocnika Pani Marii Ziółkowskiej – jako strona nr 41A, znajdowała się w ofercie pomiędzy kartą oznaczonymi nr 41 i karta nr 42, w konsekwencji pełnomocnik Pani Marii Ziółkowskiej zdecydował się uzupełnić brak numeru, poprzez oznaczenie tej karty jako strona nr 41A, opatrując to uzupełnienie pieczęcią, podpisem i datą 5 stycznia 2018r. Pismo z dnia 26 grudnia 2017r., na które powołuje się pełnomocnik Pana Waldemara Szumkowskiego, to właśnie pismo które stanowiło nieoznaczoną kartę pomiędzy kartą nr 41 i kartą nr 42, które ostatecznie otrzymało numer 41A, a data 5 stycznia 2018r. – to data uzupełnienia numeru karty.

Natomiast poprawiony numer 42 znajdował się już pierwotnie w złożonej ofercie i pierwotnie był już opatrzony parafą tego oferenta. Braki formalne oferty zostały uzupełnione w terminie, tj. w dniu 5 stycznia 2018r.

Organ II instancji, nie podziela również zarzutu Oferenta, w przedmiocie braku podstawy prawnej do wezwania Pani Marii Ziółkowskiej przez Komisję konkursową, do poprawienia oświadczenia o zastrzeżeniu informacji stanowiącej tajemnicę przedsiębiorcy. Rozpatrując ten zarzut organ II instancji ustalił, że Pani Maria Ziółkowska złożyła w ofercie oświadczenie z dnia 26 grudnia 2017r. o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Zgodnie z treścią załącznika nr 8 do Zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami) *niedopuszczalne jest zastrzeżenie całej oferty, [...] termin złożenia lub modyfikacji oświadczenia upływa w dniu poprzedzającym dzień ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania*. W konsekwencji, Komisja konkursowa wysłała do Pani Marii Ziółkowskiej zawiadomienie, o konieczności zmiany oświadczenia o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy - w terminie do dnia 9 stycznia 2018 r. Należy jeszcze raz podkreślić, że Zamawiający dopuścił możliwość złożenia lub modyfikacji oświadczenia o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy – **najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania**. Zatem, w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego Pani Maria Ziółkowska mogła zarówno zmodyfikować, jak i złożyć nowe oświadczenie o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy.

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. [teza wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 20 kwietnia 2011 r., wydanego w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 474/10].

Celem postępowania, o którym mowa w art. 152 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), jest weryfikacja rozstrzygnięcia konkursu pod kątem ewentualnego naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania konkursowego, które mogło skutkować naruszeniem interesu prawnego odwołującego się. Do uszczerbku w interesie prawnym odwołującego się, wyznaczającego zakres kontroli administracyjnej rozstrzygnięcia konkursowego, może dojść wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy, a posiadanie interesu prawnego związane jest z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że oferent pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy. [teza wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 marca 2017 r., wydanego w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 1803/15].

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 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 zachowania 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

wylączenie 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. Zatem, w ocenie organu II instancji, za nieuzasadniony należało uznać zarzut Oferenta, że nierównego traktowania oferentów, z uwagi na stosowanie przez różne komisje konkursowe – rzekomo odmiennych procedur. Jeszcze raz należy podkreślić, że zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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, które nie zostały odrzucone, zarówno w zakresie warunków bezwzględnie ocenianych, jak i warunków dodatkowo ocenianych. Prawidłowe były również działania Komisji konkursowej, w przedmiocie odrzucenia oferty złożonej przez Pana Waldemara Szumkowskiego. 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. Kancelaria Radcy Prawnego Ewa Hassa, ul. Kazimierza Wielkiego 7/5, 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.